SAÚDE COLETIVA

A ABRASCO EM 35 ANOS DE HISTÓRIA

Nísia Trindade Lima
José Paranaguá de Santana
Carlos Henrique Assunção Paiva
Organizadores

SAÚDE COLETIVA

A ABRASCO EM 35 ANOS DE HISTÓRIA

Revisão
Jorge Moutinho
M. Cecilia G. B. Moreira
Myllena Paiva

Normalização de referências
Clarissa Bravo

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica
Carlota Rios

Produção gráfico-editorial
Phelipe Gasiglia

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

L732s Lima, Nísia Trindade (Org.)
Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. / organizado por Nísia Trindade Lima, José Paranaguá de Santana e Carlos Henrique Assunção Paiva. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2015.
324 p. il. ; tab.

ISBN: 978-85-7541-460-6

1. Saúde Pública - história. 2. Sistema Único de Saúde - história. 3. Educação de Pós-Graduação - história. 4. Formação de Recursos Humanos. 5. Reforma dos Serviços de Saúde - história. 6. Congressos. 7. Institutos Governamentais de Pesquisa. I. Santana, José Paranaguá de (Org.). II. Paiva, Carlos Henrique Assunção (Org.). III. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1

2015
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3882-9039 / 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

Editora filiada
ABEU
Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Autores & Organizadores

Alvaro Hideyoshi Matida

Médico, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); apoia o Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz nas cooperações com a América Latina e Caribe.

Anamaria Testa Tambellini

Médica, doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas; professora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, professora adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Carlos Botazzo

Cirurgião-dentista sanitarista; doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, livre-docente pela Universidade de São Paulo (USP); professor associado do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Carlos Henrique Assunção Paiva (organizador)

Historiador, doutor em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; pesquisador no Observatório História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz, professor do mestrado em saúde da família da Universidade Estácio de Sá.

Carlos dos Santos Silva

Médico pediatra, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, secretário-executivo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Catharina Leite Matos Soares

Odontóloga, doutora em saúde pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; professora adjunta do mesmo instituto.

Cristina Maria Oliveira Fonseca

Historiadora, doutora em ciências políticas pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz da Fiocruz.

Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Odontóloga, doutora em saúde pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz); docente e pesquisadora do CPqAM/Fiocruz, coordenadora adjunta de área saúde coletiva para mestrados profissionais na Capes.

Guilherme Chalo Nunes

Graduando em geografia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; técnico em Vigilância em Saúde na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Isabela Pinto

Graduada em serviço social, doutora em administração pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba); professora, pesquisadora e diretora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/Ufba).

Jairnilson Paim

Médico, doutor em saúde pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba); professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba.

José Paranaguá de Santana (organizador)

Médico, doutor em ciências da saúde pela Universidade de Brasília; coordenador do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis – Fiocruz/Opas/UnB), assessor de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.

José da Rocha Carvalheiro

Médico, doutor em parasitologia pela Universidade de São Paulo (USP); livre-docente da Faculdade de Medicina da USP, professor titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP).

Ligia Maria Vieira-da-Silva

Médica, doutora em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Médico, doutor em saúde pública pela Universidade de Montreal; professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Márcia Furquim de Almeida

Graduada em ciências farmacêuticas, doutora em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); professora associada do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Maria Amélia de Sousa Mascena Veras

Médica, doutora em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo; professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da FCMSCSP.

Maria Cecília de Souza Minayo

Graduada em ciências sociais; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora titular da Ensp/Fiocruz.

Moisés Goldbaum

Médico, doutor em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); professor sênior da Faculdade de Medicina da USP.

Nísia Trindade Lima (organizadora)

Socióloga, doutora em sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; pesquisadora titular da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz.

Paulo Buss

Médico, mestre em medicina social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

Rita Barradas Barata

Médica, doutora em medicina preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; professora adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Romeu Gomes

Pedagogo, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); pesquisador titular do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz.

Soraya Almeida Belisário

Médica, doutora em saúde coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; professora associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pesquisadora do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG.

Tânia Celeste Matos Nunes

Graduada em nutrição, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com pós-doutorado em educação na saúde no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; assessora da Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz.

Terezinha de Lisieux Quesado Fagundes

Socióloga, PhD em sociologia pela American University (Washington D.C.); professora colaboradora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Colaboradora

Vanessa Nolasco Ferreira

Psicóloga, mestre em psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora; pesquisadora no Observatório História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz.

Sumário

Prefácio

Agradeço o convite dos organizadores e confesso a enorme responsabilidade de escrever o prefácio deste livro. Mesmo sem a pretensão de retomar em detalhe histórias de um passado mais distante que embasam o campo da saúde coletiva, falar desses 35 anos que marcam a inscrição oficial da saúde coletiva no campo das associações brasileiras não é tarefa fácil.

Assim, como ponto de partida, procurei rever o conceito de prefácio. Atualmente, há muitos estudos sobre prefácio. Encontram-se desde teses que, com base no romance, o classificam como um gênero com características próprias (Zepetnek, 1993), até análises de especialistas em literaturas que propõem inseri-lo em determinado tipo de gênero dependendo do assunto tratado (poesia, ensaio, estudos históricos etc.) (Moisan, 1993) e estudos recentes sobre alguns prefácios da literatura francesa (Bergé, 2008). Entre nós, precedendo essas ideias, Carpeaux escreveu um texto que se tornou clássico: "O prefácio dos prefácios" (Carpeaux, 2011). A sua classificação dos prefácios será retomada ao fim deste texto, mas adoto, inicialmente, uma posição analítica (para distingui-la de uma posição axiológica, apologética, ética ou crítica).

Nesse sentido, procurarei inscrever os capítulos deste livro em uma dimensão que toma o processo de institucionalização como marco orientador e dois outros processos – disciplinarização e profissionalização – como referentes ao primeiro.

Considerado um constructo, o estudo da institucionalização como processo que atravessa a ciência, campos de conhecimentos e disciplinas pode ser revisitado ao longo das formações discursivas e das associações científicas (as academias) que se desenvolveram na Europa a partir do século XVII, o que foge aos nossos objetivos. Sem dúvida, o trabalho de Fleck (1986) é um divisor no estudo da sociologia do conhecimento, da mesma forma que as relações entre ciência, tecnologia e sociedade são poderosas referências dos anos 1960 e 1970. São momentos que criaram as possibilidades de se retomar a história/conceito da institucionalização quando a criação de novas associações e publicações e a divulgação da ciência se ampliavam em diversos países.

Com pequenas variações, alguns autores (Ben David, 1965; Oberschall, 1972; Bloom, 2002, Collyer, 2012) desenvolveram um modelo para a análise desse processo de institucionalização de disciplinas e de uma atividade intelectual que aplico nestas observações sobre a saúde coletiva – e que podem ser claramente percebidas nos textos desta coletânea.

Se 1979 é um ano em que as diversas forças e correntes se juntam e criam uma associação – a Abrasco – "colocando em relevo sua singularidade", como exposto por Anamaria Testa Tambellini, Carlos Botazzo, Guilherme Chalo Nunes, Paulo Buss, no capítulo 3, a constituição do campo foi atravessada por correntes de pensamento na saúde que se desenvolvem a partir da segunda metade da década de 1950. Realmente, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, mais tarde denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva, se concretiza num momento histórico para o país. Como bem analisam os autores citados, nesse ano, por meio do Colégio Eleitoral, o Congresso formaliza o general João Baptista de Oliveira Figueiredo como o quinto presidente da ditadura que iria governar até 1985; extinguem-se o ato institucional n. 5 (AI-5) e a censura prévia; restaura-se o habeas corpus, entre outras medidas; é sancionada a Lei da Anistia, e milhares de exilados começam a retornar ao país; restaura-se o pluripartidarismo e surgem novos partidos.

Embora 1979 seja um ano importante na história da saúde coletiva, é apenas uma parte de uma trajetória. Por isso, cumpre retomar períodos iniciais que marcaram no processo de institucionalização os encontros, as discussões, as relações de conectividade e comunicação entre indivíduos ou pequenos grupos que enunciaram ideias e propostas. Situo as ideias preventivistas de 1950-1960 – e seus desdobramentos na criação dos departamentos de medicina preventiva e social e das práticas pedagógicas decorrentes (clínica de família, medicina comunitária) – como parte dessa arqueologia da saúde coletiva, que se prolongaria até os anos 1970. São pertinentes as análises feitas por Ligia Vieira-da-Silva, no primeiro capítulo, quando observa a construção do espaço da saúde coletiva na interface das relações entre agentes e estruturas mediadas pelas condições históricas que tornaram possível a sua constituição. Essa construção inicial ocorreu em pleno regime ditatorial, e muitos de seus autores foram vítimas de perseguições políticas e tiveram grandes dificuldades no desenvolvimento de suas propostas, pesquisas e na apresentação de seus trabalhos.

Sem dúvida, as démarches inovadoras estão presentes no início dos anos 1970, na ruptura dos modelos da medicina preventiva e social, e nesse momento avança a discussão em direção à medicina social. Em um período fortemente influenciado pelo referencial do materialismo histórico ocorrem algumas elaborações teóricas, como as de Sergio Arouca e Cecília Donnangelo, que marcaram a história da saúde coletiva até a atualidade.

Esse segundo momento do processo de institucionalização traz alguns elementos essenciais para a organização do campo – a presença de disciplinas já constituídas como as ciências sociais (sociologia, antropologia e ciência política) e a epidemiologia, além da formalização dos primeiros cursos de pós-graduação em medicina social, numa vertente

distinta da anteriormente existente nos cursos de saúde pública convencionais. Busca-se, nessa segunda fase da institucionalização, uma espécie de "regularização dos discursos, práticas e formas de organização" que muitos autores, como Collyer (2012: 52), encontraram ao estudar outros campos de conhecimento, mas perfeitamente aplicável à saúde coletiva.

No terceiro momento da institucionalização, que já se manifestava na fase anterior, denominado de incorporação, a identidade do campo vai se construindo num processo de formação sistemática, não apenas em relação à sua própria estrutura interna (formulação epistêmica), mas com estruturas e organizações externas ao campo (educacionais, governamentais), burocratizando e legalizando o campo. Também amplia-se o processo de divulgação (periódicos, livros, produção técnica e jornalística), e reuniões, seminários e congressos tornam-se regulares e preparados por comitês de especialistas. Chama a atenção, nesse período, como bem analisam Cecília Minayo, Romeu Gomes, Márcia Furquim de Almeida, Moisés Goldbaum e José da Rocha Carvalheiro, no capítulo 4, o papel desempenhado por Ciência & Saúde Coletiva e Revista Brasileira de Epidemiologia, criadas, respectivamente, em 1996 e 1998, na estruturação do campo. Esses periódicos exemplificam na leitura dos autores um momento especial de encontro – "habitus e campo se articulam, uma vez que nas disputas para identificar e diferenciar o campo é preciso que pessoas dotadas de habitus próprios dele se impliquem". Essa ideia está presente na apresentação da revista Actes de la Recherche en Sciences Sociales, criada por Bourdieu (1975), estendendo-se, assim, a interdisciplinaridade do campo das ciências sociais às suas publicações.

Hoje, a produção da área é divulgada não só em Ciência & Saúde Coletiva e na Revista Brasileira de Epidemiologia como em outras periódicos científicos, em livros, e informes técnicos. Eu citaria, como um termomêtro dessa fase de institucionalização, a elaboração de um primeiro Tratado de Saúde Coletiva, publicado em 2006 e reeditado em 2012 (Campos et al., 2012), que em cerca de oitocentas páginas mapeia o campo e seus principais temas, fornecendo fontes seguras, formalizadas e sistematizadas para docentes, discentes, pesquisadores e profissionais da saúde.

Na quarta fase ocorre a legitimação do processo de institucionalização, e as medidas de inclusão de novos atores, programas, periódicos etc. encontram-se codificadas. Interessante que, ao tratar de disciplinas como a sociologia e a sociologia da saúde os estudiosos apontam que nessa fase as relações interdisciplinares de disciplinas que trabalham nas fronteiras do conhecimento tornam-se frequentes, previsíveis e formalizadas. Isso não é estranho ao campo da saúde coletiva, que se na fase anterior já contava com comissões em campos disciplinares estabelecidos (ciência e tecnologia, epidemiologia, ciências sociais, planejamento em saúde), passa a organizar grupos de trabalho para segmentos mais especializados dos diversos campos disciplinares. Acrescente-se a criação do Fórum de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em 1994; do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva; e do Fórum de Editores de Saúde Coletiva, em 2014, o que permite não somente a discussão atualizada de problemas referentes

a suas áreas de atuação como também o estabelecimento de pontes com outras associações e órgãos governamentais.

Outro destaque no plano organizacional é a participação internacional de associações e instituições – Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames), International Association of Health Policy (IAHP), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – em seus congressos e no processo de avaliação do campo, não apenas as realizadas por exigências das instituições governamentais – como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – como também as executadas pela própria associação, tendo incluído avaliadores externos estrangeiros (avaliações realizadas para os períodos de 1994-1997 e 1997-2007).

Nessa consolidação institucional, dois pontos merecem ser tratados: o da disciplinarização e o da profissionalização da saúde coletiva.

Ao longo de sua estruturação, a saúde coletiva tem sido tratada como campo de conhecimentos e práticas, e não como disciplina. Em trabalhos anteriores, utilizei a expressão "campos disciplinares" a fim de alocar as diversas temáticas que passaram a se destacar no interior da saúde e que, por suas características e abordagens (sociais, culturais, políticas, econômicas), foram se aproximando da saúde coletiva.

Em seu texto, Ligia Maria Vieira-da-Silva discute o que se deve entender por espaço social e campo na vertente de Bourdieu, bastante procedente, considerando-se que campo é uma das noções mais utilizadas para se entender a saúde coletiva, juntamente com a de habitus. A ideia de que a saúde coletiva foge a uma categorização como disciplina prende-se, provavelmente, a diversos motivos. Destaco: 1) o fato de sua emergência ocorrer no Brasil num espaço social de forte repressão (1964-1985), que dificultaria pensar o campo como forma de disciplinarizar um pensamento contra-hegemônico; 2) as influências foucaultianas de crítica ao conceito de disciplina, pois para o filósofo francês as disciplinas acadêmicas originavam-se dos mesmos movimentos sociais que criaram as prisões e o sistema penal do século XVIII (Foucault, 1997); 3) o fato de se inscrever num quadro de referências teóricas e conceituais que criticavam as teorias sociológicas funcionalistas, assim como as chamadas ciências do comportamento, e se afastavam delas.

Sem dúvida, a disciplinarização lato sensu do campo já vinha ocorrendo desde o momento em que ele se formaliza nos cursos de pós-graduação acadêmicos na década de 1970 e se concretiza posteriormente – apresentando, no início de 2015, 77 programas, dos quais 45 são acadêmicos (13 mestrados, três exclusivamente doutorados e 29 mestrados e doutorados). Esse processo estende-se pelos cursos de mestrados profissionais, criados em 1990, com 32 cursos, e se completa no bacharelado em saúde coletiva, a partir de 2000, com 21 cursos de graduação, como assinalam Rita Barradas Barata (capítulo 8), Isabela Pinto e Jairnilson Paim (capítulo 6); Eduarda Ângela Pessoa Cesse e Maria Amélia de Sousa Mascena Veras (capítulo 9).

Segundo as novas propostas de reconceptualizar a natureza das disciplinas, como a desenvolvida por Collyer (2012) para a sociologia da saúde, é possível trabalhar a saúde coletiva como uma disciplina. Entendê-la não exclusivamente como um domínio cognitivo, mas como "formas sociais produzidas através de processos sociais" (Collyer, 2012: 56). Essa reconfiguração das disciplinas "como locus da ação social e como instituições que estruturam, controlam e regulam aquela ação" (Collyer, 2012: 14) parece adequada para se entenderem campos que, ao emergirem, trouxeram as tradições de saberes consagrados, forjaram relações interdisciplinares e foram se conformando na interação com as necessidades sociais.

Finalmente, a outra questão que já apontei, acrescentarei algumas observações – a profissionalização na e da saúde coletiva. Nas fases iniciais, predominou a formação de especialistas nas faculdades de saúde pública, tanto de médicos como dos primeiros cientistas sociais e educadores em saúde para os quadros universitários e dos serviços de saúde. Todas as características conhecidas do campo da saúde coletiva, como a inter e a multidisciplinaridade, além das necessidades pautadas pela Reforma Sanitária e pelos serviços de saúde, passaram a exigir uma crescente profissionalização, quantitativa e qualitativamente, dos seus quadros de trabalho. Sem dúvida, a área cumpria desde 1970 a função de formar quadros acadêmicos e de pesquisadores. Nessa última categoria, os dados de 2010 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) apontam 5.518 pesquisadores brasileiros e 123 estrangeiros que se distribuíam por 732 grupos de pesquisa, mas a formação básica de sanitaristas em saúde coletiva só aconteceu no início do século XXI.

Ao escrever este prefácio, busquei ideias orientadoras e mencionei aquelas oriundas da própria concepção de prefácio, especialmente as de Carpeaux. E deixei para o fim a sua categorização de prefácios. Para ele,

> Existem prefácios-justificativas, prefácios-pedidos de desculpa, prefácios-desafios, prefácios-manifestos, prefácios-críticas, prefácios-sentenças. O prefácio é prólogo e pode ser epílogo e, como no caso de Cervantes, epitáfio. Também é epílogo esta longa frase precedente, pois estou percebendo que o artigo sobre os prefácios está pronto. (Carpeaux, 2011: 29)

Inspirado em Carpeaux, eu diria que o meu prefácio já está um tanto longo, mas mesmo assim, com todo o respeito ao crítico, acrescentaria uma outra categoria: prefácios-reconhecimento. Aos autores dos textos, colaboradores fundamentais para o campo, que fizeram de seus conhecimentos e práticas em saúde coletiva o principal motivo de suas vidas acadêmicas e profissionais, agradeço por terem me fornecido as bases para os meus comentários, com uma riqueza maior do que a revelada neste prefácio.

Everardo Duarte Nunes

Professor colaborador e pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Referências

BEN DAVID, J. The scientific role: the conditions of its establishment. Minerva, 4(1): 15-54, 1965.

BERGÉ, P. L'Art de la Préface. Paris: Gallimard, 2008.

BLOOM, S. W. The Word as a Scapel: a history of medical sociology. New York: Oxford University Press, 2002.

BOURDIEU, P. Présentation. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1(1): 2-3, 1975. Disponível em: <hwww.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1975_num_1_1_2445>. Acesso em: 8 abr. 2015.

CAMPOS, G. W. S et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CARPEAUX, O. M. O artigo sobre os prefácios. In: CARPEAUX, O. M. História da Literatura Ocidental. São Paulo: Leya, 2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/212551130/CARPEAUX-Otto-Maria-Hist-ria-Da-Literatura-Ocidental#scribd>. Acesso em: 8 abr. 2015.

COLLYER, F. Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia compared. Houndmills, Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2012.

FLECK, L. La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico [1935]. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1997.

MOISAN, C. Prefacing a study of prefaces or, the nth degree of metadiscourse. In: ZEPETNEK, S. T. The Social Dimensions of Fiction: on the rhetoric and function of prefacing novels in the nineteenth century Canadas. Wiesbaden: Westdeutscher, 1993.

OBERSCHALL, A. (Ed.). The Establishment of Empirical Sociology. New York: Harper and Row, 1972.

ZEPETNEK, S. T. The Social Dimensions of Fiction: on the rhetoric and function of prefacing novels in the nineteenth century Canadas. Wiesbaden: Westdeutscher, 1993.

Apresentação

A expressão saúde coletiva é empregada, no Brasil, por estudantes, pesquisadores e professores nas universidades, por trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e também por ativistas e atores ligados aos mais variados movimentos sociais. Faz parte do vocabulário de diversos personagens e serve de inspiração para eles. Dessa maneira, o campo da saúde coletiva, depois de uma longa jornada, mantém-se como potente produtor de ideias e sinergias entre todos aqueles que se interessam pela defesa dos melhores patamares de qualidades de vida e saúde para a sociedade.

Ao abrigar diferentes iniciativas no terreno da produção científica e da militância política, a saúde coletiva se coloca também como parte de uma longa trajetória cujas bases remontam aos primeiros debates acerca da reorientação do conceito e das práticas de saúde. Não é à toa que uma das mais atuantes entidades nesse campo é a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que tem em sua matriz original uma inegável preocupação com a renovação do ensino das profissões de saúde e com a defesa de modelos de organização de serviços de saúde mais permeáveis à participação social.

Por essa razão, em seu percurso a instituição também participa de debates e iniciativas em torno de uma agenda de direitos de cidadania, que inclui os chamados direitos de segunda geração e envolve iniciativas no terreno da participação dos cidadãos na riqueza material e na prosperidade coletiva. Os exemplos mais marcantes dessa agenda são acesso à moradia, à educação e à saúde (Carvalho, 2011).

A emergência da Abrasco, em 1979, é por definição um fato histórico. Naquela época, o país experimentava, por um lado, uma visível degradação do tecido social, com a expansão e a radicalização de problemas sociais relacionados à carestia, à fome, às doenças e epidemias. Por outro, vivia uma ditadura que em boa medida tinha sido a responsável pela intensificação daqueles problemas, mas que em fins dos anos 1970 já começava a dar sinais de abertura política e esperança de construção de novos patamares de vida para os brasileiros.

Sua criação tem como contexto a Reforma Sanitária, a qual estava associada a vigorosos movimentos intelectuais que se abrigavam nos centros de pesquisa e ensino. Ao tomarem

como horizonte as políticas nacionais de saúde e de ciência e tecnologia, esses movimentos se lançavam, contra um regime autoritário, na luta pela democracia. São exemplos a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e de sua revista Saúde em Debate. Nesse contexto também se situa a 1ª Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, realizada em setembro de 1979, iniciativa identificada como um dos marcos da constituição formal da Abrasco (Belisário, 2002; Escorel, 1999; Escorel, Nascimento & Edler, 2005; Teixeira, 1985; Lima & Santana, 2006).

Considerando o cenário latino-americano, a Abrasco emerge num momento em que se desenvolvem perspectivas críticas à abordagem médica tradicional dos problemas de saúde (Arouca, 2003). Nessa conjuntura, por exemplo, encontra-se a pesquisa sobre educação médica na América Latina, coordenada pelo médico e sociólogo Juan César García. Contando com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Fundação Milbank, Garcia estimulou, desde a segunda metade dos anos 1960, a criação de cursos de pós-graduação em medicina social em diversos países latino-americanos. Iniciava-se, em termos continentais, uma vigorosa revisão das abordagens predominantes em centros universitários e institutos de saúde pública no Brasil e nas Américas. Sob o impulso renovador dessas orientações internacionais, foi criado, no Rio de Janeiro, em 1973, o primeiro curso de medicina social no continente – no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) (Escorel, 1999; García, 1972; Nunes, 1985, 1994; Lima & Santana, 2006).

Nessa mesma época, o governo Geisel (1974-1978) fixava uma série de políticas nacionais concomitantes à implantação do chamado II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND). Segundo Escorel (1999), tal iniciativa abria espaços político-institucionais favoráveis a uma reforma na saúde. Nesse cenário, o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS/Opas) revelaram-se essenciais para a institucionalização das discussões e iniciativas afinadas com os ideais progressistas na saúde (Escorel, 1998).

No fim da década de 1970, podia-se constatar uma série de perspectivas distintas – tanto no plano teórico como no político – que convergiam para um virtuoso processo de institucionalização da abordagem da saúde coletiva no Brasil. A base acadêmica desse campo se consolidava, ainda que de modo incipiente, com os cursos de pós-graduação em saúde coletiva que, naquele momento, encontravam-se nos campi de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), no IMS/Uerj, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), na Universidade Federal da Bahia (Ufba) e na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (Lima & Santana, 2006).

A despeito do reconhecido protagonismo dessas experiências, elas não foram as únicas que ao longo do tempo colaboraram para a emergência e a consolidação da abordagem da

saúde coletiva no país. Compreender as origens acadêmicas da Abrasco exige uma incursão em uma série de empreendimentos que, em razão dos limites desta apresentação, não poderiam ser contemplados inteiramente. De todo modo, não é possível deixar de mencionar o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) que desenvolveram importantes iniciativas. Esses e outros espaços, em um longo período de impulso e amadurecimento das ideias de renovação teórica e das práticas em saúde, também acabariam por desaguar nos diferentes fóruns de debates sobre projetos e teses que viriam, mais tarde, a ganhar notável visibilidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada no início da Nova República, a conferência incluiu em seu temário três questões essenciais principais: 1) a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; 2) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) o financiamento setorial, dando relevo às relações entre saúde e democracia, tal como desenhada por pensadores da saúde, profissionais, usuários e movimentos sociais (Lima & Santana, 2006).

A ação de organizações como o Cebes e a Abrasco, a partir daí, molda-se pelas questões apresentadas no campo dos direitos sociais, da justiça e da democracia. A Abrasco, juntamente com outros parceiros, passa a exercer um papel de destaque na produção de orientações e na articulação de ideias, propostas e políticas no campo da saúde pública nacional e também latino-americana.

Chega, portanto, em sua maturidade com expertise acumulada, fruto de um aprendizado institucional de três décadas e meia nos campos da ação política e da produção científica. Sua ação política virtuosa foi possível também pelas circunstâncias políticas e ideológicas dos diferentes contextos em que prestaria suas contribuições, bem como pela solidez do trabalho no terreno da ciência, que desde o início a constituiria.

Na ocasião das discussões sobre os 25 anos do SUS, a Abrasco considerou importante a edição de um livro que recuperasse os principais marcos das ações políticas pertinentes ao conjunto das ações e atividades da associação, independentemente dos recortes disciplinares e temáticos que definem suas comissões e grupos temáticos (GTs). Manteve-se aqui, dessa forma, uma relativa continuidade do que se havia publicado em 2006, na coletânea Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco (Lima & Santana, 2006). Chegou-se à conclusão da relevância de um novo livro em um momento de intenso debate sobre os rumos da Reforma Sanitária e do SUS, do qual participaram a Abrasco, o Cebes, o Conselho Nacional de Saúde e diferentes atores institucionais.

A universalização da atenção à saúde ou, mais precisamente, das estratégias para alcançá-la se encontra no centro dessas discussões. Em uma situação de crise econômica, de incapacidade de financiamento público e de déficit de legitimidade do Estado de Bem-Estar Social, a saúde como direito de cidadania e, sobretudo, as formas para alcançá-lo não são assuntos consensuais. Isso fica ainda mais evidente quando a Organização Mundial da

Saúde (OMS) coloca a cobertura universal como foco central dos sistemas de proteção. Mesmo no Brasil, em que, desde 1988, a universalidade do acesso à saúde é um dos princípios constitucionais, não estão asseguradas as formas de atingi-la, principalmente no que se refere à necessidade de combinar acesso e equidade.

Assim, reforçou-se o entendimento de que não se ampliará a capacidade do SUS de gerar respostas aos problemas de saúde da população sem superar os graves limites do seu financiamento. O Brasil é o único país com sistema público de saúde universal em que os gastos privados são superiores aos gastos públicos. Enquanto o gasto público no Brasil representa em torno de 45% do total despendido, em outros países com sistemas universais, a exemplo de Cuba, Canadá e Inglaterra, essa proporção não é inferior a 70%.

Motivada pelo problema do financiamento e aproveitando a ocasião da comemoração de 20 anos da 1ª Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde, a Abrasco se posicionou institucionalmente sugerindo um alinhamento, considerando a supremacia do interesse público, das políticas industrial, de saúde e de ciência, tecnologia e inovação, de modo que todas contribuíssem, simultaneamente, para o desenvolvimento social. Isso potencialmente resultaria em crescimento econômico, sustentabilidade ambiental e melhoria da saúde e da qualidade de vida. Portanto, foi com base em uma reflexão crítica sobre o SUS e seu papel na construção democrática do país que tiveram início as comemorações dos 35 anos da Abrasco e a elaboração deste livro, que ora trazemos a público.

Uma obra voltada para tão importantes e amplas agendas e compromissos exigiu opções claras por parte de seus organizadores e todos aqueles que participaram das discussões em torno do projeto editorial. Em conjunto, decidimos privilegiar os grandes eixos da política da Abrasco, sem assim investir na abordagem das diferentes áreas temáticas que organizam os trabalhos dos seus associados. Reconhecemos, portanto, que a intensa vida da associação é, sem dúvida, mais rica e multifacetada do que o livro pode apresentar, mas estamos convencidos que esta publicação é capaz de oferecer uma visão fidedigna e relevante das ações de todas as áreas e da própria diversidade da atuação da Abrasco.

O primeiro encontro com o objetivo de discutir o projeto editorial foi realizado nas dependências do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba, em maio de 2014 e teve como mote e ponto de partida as comemorações dos 35 anos da Abrasco. A emocionante cerimônia que marcou, formalmente, o aniversário da Abrasco aconteceu na sede da Opas, em Brasília, em setembro do mesmo ano. Nesse encontro, parte expressiva dos fundadores da associação retornava ao ponto de origem da trajetória da organização por eles fundada. Ali eles nos brindaram com pertinentes depoimentos sobre a agenda da entidade, cuja reprodução editada está em "A Abrasco em perspectiva: olhares dos presidentes". A ocasião foi também oportuna para a segunda sessão de debates sobre o livro. Tanto o encontro de Salvador quanto o de Brasília foram fundamentais para a definição de nossos objetivos e para a estruturação desta obra.

Agradecemos muito o companheirismo e a dedicação de Anamaria Testa Tambellini, Antônio Ivo de Carvalho, Carlos Silva, José da Rocha Carvalheiro, Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Isabella Pinto, Jairnilson Paim, José Noronha, Ligia Vieira-da-Silva, Luis Eugenio Portela, Maria Amélia de Sousa Mascena Veras, Maria Inês Rodrigues Fernandes, Moisés Goldbaum, Rita Barradas Barata, Soraya Almeida Belisário e Thiago Barreto.

O volume de documentos mobilizados durante o trabalho de pesquisa para produção deste livro foi surpreendente. A imersão nos arquivos da própria associação, da Ensp, do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (COC) da Fiocruz e de outros parceiros revelou uma variedade de materiais que imediatamente estimulou a equipe a contar essa história também por meio de imagens. Elas compõem um caderno, após os capítulos, intitulado "A Abrasco em imagens", que compartilha do mesmo objetivo geral da obra: contar a história de uma associação científica que se destacou pela contribuição científica e pelo papel político desempenhado na construção de políticas de saúde e na organização de um renovado sistema de saúde no Brasil.

Diferentemente da obra publicada em 2006, nesta coletânea não há capítulo sobre as comissões e grupos de trabalho, em razão de sua ampliação nas últimas décadas e do importante trabalho editorial que vêm realizando.

Uma trajetória institucional que, longe de ser uma mera coleção de fatos sobre um organismo que abriga sanitaristas, constitui-se em uma parte importante da história da ciência e das políticas sociais no Brasil. O vigor dessa jornada, como mostramos, tem muita relação com os movimentos mais amplos, definidos em escala internacional, sobretudo com a emergência da chamada medicina social latino-americana.

Para narrar essa história, em suas múltiplas dimensões e interfaces, contamos com estudiosos que, ainda que sejam aqui analistas, fazem também parte da própria história da Abrasco.

Abre o livro o capítulo assinado por Ligia Maria Vieira-da-Silva, "Gênese sócio-histórica da saúde coletiva no Brasil", um cuidadoso trabalho em que a autora nos estimula a pensar, segundo a acepção de campo de Pierre Bourdieu, sobre a existência de um campo da saúde coletiva no Brasil. Um texto que permite, por intermédio de ricas entrevistas, aquilatar o processo de constituição de uma área de conhecimento habitada por múltiplos empreendedores, diferentes perspectivas, variados aportes teóricos e doutrinários. Ao término do capítulo, fica a nítida sensação de que o caminho trilhado foi o correto, mas, ao mesmo tempo, de que há muito ainda a ser percorrido.

Na sequência, Carlos Henrique Assunção Paiva e Cristina Maria Oliveira Fonseca, em "A Abrasco na construção do SUS (1979-1990): ação política na saúde", discutem o papel da associação nos diferentes espaços de disputa e luta política que, no fim da década de 1980, acabariam por consagrar o direito à saúde em âmbito constitucional. Uma luta que, como demonstram os autores, não se daria por encerrada, uma vez que desde então a associação e

outros atores se empenham em garantir, em termos concretos, o que foi assegurado na carta constitucional. Deparamo-nos aqui com uma Abrasco lutadora e aguerrida.

"A Abrasco e os anos de chumbo: a Comissão da Verdade no campo da saúde", de Anamaria Testa Tambellini, Carlos Botazzo, Guilherme Chalo Nunes e Paulo Buss, não segue caminho diferente. O capítulo relembra o tenebroso tempo da ditadura militar brasileira e revela tanto a luta empreendida por muitos agentes da saúde coletiva, em prol de melhorias das condições de vida e da reinstauração da democracia no país, quanto a perseguição, muitas vezes mortal, que eles sofreram. É um texto que faz refletir sobre as conquistas definidas pelo avanço da democracia, mas, ao mesmo tempo, não deixa de colocar à mesa os desafios postos por um legado ideológico e, muitas vezes, institucional, contrário à sua consolidação e radicalização.

Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Márcia Furquim de Almeida, Moisés Goldbaum e José da Rocha Carvalheiro assinam "A Abrasco faz ciência e avança em conhecimentos: contribuições da Ciência & Saúde Coletiva e da Revista Brasileira de Epidemiologia". Os autores focalizam grandes veículos de divulgação e disseminação de conhecimento da associação, periódicos que a cada número revelam o compromisso dos estudiosos do campo com questões que envolvem tanto os problemas de saúde mais prevalentes quanto as que causam impacto na eficiência e no alcance do sistema de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva e Revista Brasileira de Epidemiologia têm acesso aberto e permitem que o conhecimento produzido chegue facilmente não só aos associados da organização, mas também a todos os interessados nas temáticas da saúde coletiva brasileira.

O capítulo seguinte, de Soraya Almeida Belisário, "Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço consolidado", remete aos principais espaços de trocas de conhecimento, ideias e produção de sinergias entre os integrantes da associação e a sociedade. A grandeza dos encontros da Abrasco impressiona, mas suas repercussões e seu legado é que são verdadeiramente dignos de destaque. Alguns congressos da Abrasco serviram de fóruns de discussão e tomada de posicionamento político fundamental na construção da saúde pública brasileira.

Isabela Pinto e Jairnilson Paim, em "A Abrasco e a experiência da graduação em saúde coletiva", fazem um interessante balanço acerca dos cursos de graduação na área. Longe de ser uma preocupação recente da associação, a ideia de formação de quadros de nível superior em saúde coletiva estava, por assim dizer, na agenda original da Abrasco. Ainda que não fosse o período considerado adequado para a implantação de cursos de graduação, no início dos anos 1980 as discussões sobre a sua pertinência e importância já estavam em fóruns e reuniões da associação. Mais que uma oportunidade para estudantes compreenderem o processo que culminou na abertura de cursos de ensino superior na área, o capítulo permite conhecer o processo de desenvolvimento e consolidação da saúde coletiva no Brasil, bem como o papel desempenhado pela Abrasco em mais esse empreendimento bem-sucedido e estratégico para a consolidação do SUS.

Em "Os cursos lato sensu na formação em saúde coletiva: evolução histórica e desafios contemporâneos", Tânia Celeste Matos Nunes, Terezinha de Lisieux Quesado Fagundes e Catharina Leite Matos Soares caracterizam os chamados cursos lato sensu, em suas diferentes modalidades, como espaços apropriados para a introdução das inovações estabelecidas pelas políticas e práticas de saúde. Cursos que ganharam uma boa recepção entre gestores e trabalhadores operacionais do SUS e que sempre encontraram na ação da Abrasco, ao longo do tempo, uma vigorosa haste de apoio. Exemplo mais recente do protagonismo da associação nesse terreno está na iniciativa da criação da Agência de Acreditação Pedagógica (AAP) dos cursos lato sensu em saúde pública, como uma proposta de gestão da qualidade desses cursos.

"A Abrasco e a pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva", de Rita Barradas Barata, relata minuciosamente o processo de construção e fortalecimento da pós-graduação em saúde coletiva. Processo que, por motivos eminentemente históricos, confunde-se com a criação e a trajetória da associação. Não por acaso, a Abrasco nasceu, no fim dos anos 1970, como uma associação de pós-graduação. O trabalho cuidadoso de recuperação desse dinâmica, mais do que oferecer erudição ao leitor, lança importantes luzes sobre percurso da organização e o futuro da pós-graduação em saúde coletiva no Brasil.

Seguindo o caminho traçado por Rita Barata, no capítulo seguinte, "A Abrasco e a experiência dos mestrados profissionais", Eduarda Ângela Pessoa Cesse e Maria Amélia de Sousa Mascena Veras destacam como esta modalidade de curso, ao contrário da pós-graduação stricto sensu, é fruto de um movimento recente em que a Abrasco, mais uma vez, foi protagonista. As autoras assinalam a importância dos mestrados profissionais tanto para o fortalecimento do campo da saúde coletiva quanto para o apoio às políticas de saúde e ao sistema de saúde vigentes. Estamos aqui diante, portanto, de mais um empreendimento em que a associação revela e renova seus compromissos com a formação de quadros e com o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro.

Em seu capítulo "Abrasco na construção de uma agenda internacional em saúde", Alvaro Hideyoshi Matida e Paulo Buss passam em revista a trajetória da associação procurando capturar a forma como a associação contribuiu para a consolidação das propostas defendidas pela saúde coletiva brasileira em um cenário internacional. Nessa linha, os eventos organizados pela Abrasco evidenciam que alguns integrantes da associação desempenharam papel de destaque não apenas na construção do prestígio científico internacional da associação brasileira, mas especialmente no necessário engendramento de uma rede internacional de apoio a ideias e propostas em defesa da saúde pública, compartilhadas por muitos atores globais. Eis uma tarefa – chamam a atenção Matida e Buss – que, tal como outras, está por exigir a atenção dos pesquisadores e militantes do campo em uma agenda contemporânea e futura.

Em "Trajetórias recentes da Abrasco: fazendo o 'por fazer'", capítulo assinado por Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, Carlos dos Santos Silva, Alvaro Hideyoshi Matida e José da Rocha Carvalheiro, os autores fazem um balanço da trajetória recente da associação, além

de identificar tendências de atuação com base em uma leitura não só da realidade setorial da saúde, mas também do cenário social, político e econômico do Brasil nos últimos dez anos. Trata-se de um período de importantes conquistas no cenário social e econômico brasileiro, graças às melhorias das condições gerais de vida de milhões de cidadãos. No entanto, a realidade contemporânea também nos apresenta desafios importantes para o enfrentamento da terrível desigualdade social que ainda nos preocupa, assim como para a manutenção do desenvolvimento econômico e social que permitirá, concretamente, a melhoria sustentável do nível de vida da maioria dos brasileiros. Embora os desafios sejam muitos, este capítulo assinado pelos abrasquianos não esconde a vontade de enfrentá-los seja pela intensificação das atividades e contribuições científicas da associação, seja por intermédio da luta política que tem também caracterizado a vida da Abrasco.

Consta também desta publicação, uma cronologia revista e atualizada acerca da trajetória da associação desde a sua fundação até o fim de julho de 2015, momento que coincide com a realização do seu congresso nacional. Sem a pretensão de esgotar exaustivamente o registro dos fatos e iniciativas mais importantes da entidade, "A Abrasco em retrospectiva" permite visualizar aqueles momentos, empreendimentos e realizações que constituíram a Abrasco tal como a conhecemos hoje, um organismo, em certa medida, híbrido que, ao combinar o rigor científico e ação política, coloca-se, atualmente, como um dos mais importantes atores em defesa do SUS e da saúde pública no Brasil.

Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história, livro que procura dar conta do percurso de uma instituição tão pujante e com uma história que soma tantos anos, está sujeito inevitavelmente à parcialidade. Nossa capacidade de registro e compreensão da realidade é limitada. Tal fato, contudo, longe de nos desestimular, ao contrário, nos animou desde o início a nos aproximar, com a máxima fidedignidade possível, de uma realidade que, em certo sentido, é pretérita. Apesar de, em outro sentido, ainda se fazer presente e pulsante nos pensamentos e ações de seus associados, que, depois de mais de três décadas, entendem que o caminho é pela construção de uma sociedade mais solidária, justa e democrática.

O processo de construção deste livro legou dívida e gratidão com muitas pessoas e instituições. Gostaríamos de agradecer aos autores dos capítulos pela contribuição e dedicação ao projeto editorial. Agradecemos pela cessão de imagens às coordenações dos GTs Saúde do Trabalhador; Vigilância Sanitária; Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva; Educação Popular em Saúde; Promoção da Saúde; Saúde Bucal Coletiva; Avaliação; Racionalidades Médicas; Saúde e Ambiente; Educação e Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Informação em Saúde e População. À Abrasco, à hemeroteca da revista Radis – com especial colaboração de Jorge Ricardo Pereira –, às pesquisadoras Soraya Belisário e Maria Cecília de Souza Minayo, bem como a toda a equipe de Ciência & Saúde Coletiva e da Revista Brasileira de Epidemiologia, agradecemos igualmente pela cessão de imagens que compõem este livro.

Nossos agradecimentos pelo trabalho de digitalização de imagens realizado pelos profissionais do Departamento de Arquivo e Documentação da COC/Fiocruz, em especial a Vinícius Pequeno; também a Nelson Nascimento e a Cléber Caldeira, da Secretaria do Departamento de Pesquisa da COC/Fiocruz pelo apoio na digitalização dos materiais vindos da Abrasco.

O cuidadoso trabalho de identificação das fotografias e de seus retratados devemos a Fernando Pires-Alves, Alvaro Hideyoshi Matida, João Carlos Canossa Mendes e Paulo Amarante.

A todos e todas, nossos agradecimentos.

Os organizadores

Referências

AROUCA, S. O Dilema Preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

BELISÁRIO, S. A. Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

CARVALHO, M. A. R. Cidadania e direitos. In: BOTELHO, A. & SCHWARCZ, L. M. (Orgs.). Agenda Brasileira: temas de uma sociedade em mudança. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. & EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Opas, 2005.

GARCÍA, J. C. La Educación Médica en América Latina. Washington, D.C.: Opas, 1972.

LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs). Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006.

NUNES, E. D. As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saúde e Sociedade, 3(2): 5-21, 1994.

TEIXEIRA, S. M. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (Org.). As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985.

Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil[1]

Ligia Maria Vieira-da-Silva

A história dos saberes e práticas sobre a saúde e a doença tem sido, de forma dominante, a história dos saberes e práticas da medicina e do campo médico, que tem por objeto o doente e como prática a arte, a técnica e a ciência de curar ou aliviar o sofrimento. Entrelaçados a esse campo, ora como subespaço orgânico e dominado, ora como projeto contra-hegemônico, desenvolveram-se também espaços sociais em que a produção do conhecimento e as práticas relacionadas estavam voltadas não apenas para a doença no indivíduo, mas sobretudo para o processo saúde-doença na sua dimensão coletiva. Como os problemas de saúde no âmbito populacional demandaram historicamente uma gestão estatal e uma organização administrativa correspondente, as ações de saúde decorrentes surgiram com o advento do Estado moderno e também contribuíram para a sua construção (Pinell, 1995).

Tais espaços sociais têm recebido diversas denominações ao longo da história: polícia médica, higiene, saúde pública, medicina social, medicina preventiva, medicina comunitária e nova saúde pública. Essas diferentes denominações são o resultado de um processo histórico de construção social e frequentemente estiveram ligadas a movimentos sociais (Rosen, 1974; Donnangelo & Pereira, 1976; Pinell, 1992, 2002; Paim, 2006). Seu significado tem sido objeto de diversas análises: como polícia médica (Rosen, 1974); desempenhando funções de controle social, medicalização da família além de conservação da força de

[1] Este capítulo corresponde a uma versão ampliada e modificada do artigo "The genesis of collective health in Brazil", originalmente publicado na revista Sociology of Health & Illness (Vieira-da-Silva & Pinell, 2014). Trabalho desenvolvido como parte das atividades de estágio sênior no Centro Europeu de Sociologia e Ciência Política (França), financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

trabalho (Foucault, 1976); como questão de Estado (Pinell, 1995); como cultura e espaço político da saúde (Fassin & Dozon, 2001; como parte de um processo de medicalização negociada (Bourdelais & Faure, 2005).

Na América Latina verificou-se, a partir dos anos 1970, um movimento voltado para a constituição de uma medicina social que guardava identidade com a medicina social europeia do século XIX. Há controvérsias na interpretação desse fenômeno, que tem sido estudado tanto como corrente de pensamento original e específica da América Latina (Paim, 1992; Waitzkin et al., 2001; Tajer & Laurell, 2003; Yamada, 2003; Breilh, 2008) quanto como uma das manifestações históricas de um fenômeno universal que corresponderia à busca por justiça social supostamente característica da saúde pública internacional (Krieger, 2003). Nesta segunda perspectiva, a medicina social tem sido vista como uma disciplina acadêmica presente não só na América Latina como também no mundo anglo-americano (Porter, 2006). Esses trabalhos, na sua maioria, não vêm se apoiando em investigações empíricas das experiências nacionais.

O caso brasileiro, em particular, apresenta especificidades identificadas pelos diversos estudos que analisaram aspectos da gênese do espaço da medicina social, aqui denominado de saúde coletiva, relacionados principalmente às características da Reforma Sanitária brasileira (Nunes, 1989; Paim, 1992, 2008; Paim & Almeida-Filho, 1998; Paim et al., 2011) e dos movimentos sociais a ela associados (Escorel, 1999) ou à história da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (Lima & Santana, 2006). Em que medida essa invenção brasileira corresponde a um processo sócio-histórico específico ou apenas a uma denominação distinta de um mesmo fenômeno social? Em que medida trata-se de uma ruptura com a higiene e a saúde pública institucionalizada ou uma continuidade? Os estudos que trataram do tema têm analisado a saúde coletiva brasileira principalmente como um campo de saberes e práticas (Teixeira, 1985; Costa, 1992; Nunes, 1994; Paim & Almeida-Filho, 1998; Luz, 2009), porém enfatizam, em sua análise, o componente conhecimento (Garcia, 1985; Teixeira, 1985; Ribeiro, 1991; Luz, 2009). Tais estudos podem ser considerados como parte do trabalho de produção social do campo, ou seja: procuram, por vezes, analisar o que seria o paradigma da saúde coletiva, ou então assumem um conteúdo prescritivo discutindo o que a saúde coletiva deveria ser (Campos, 2000). Em alguns desses estudos, embora o conceito de campo seja remetido a Bourdieu (Ribeiro, 1991; Costa, 1992; Luz, 2009), o potencial da análise desse autor não tem sido devidamente explorado, particularmente no que diz respeito à investigação das interações entre as trajetórias individuais e as condições de possibilidade históricas.

Pretende-se suprir essa lacuna buscando investigar a gênese desse espaço social com base na teoria das práticas de Bourdieu (1979, 1996). A esse respeito, o referido autor, tendo identificado propriedades comuns aos diversos campos da produção cultural, considerava pertinente então aplicar esses princípios gerais a outros casos particulares, visando a identificar

as especificidades e as invariantes dos diversos universos sociais (Bourdieu, 1996). Este capítulo, ao estudar a emergência de um espaço que tem entre suas questões o projeto de se tornar campo, também pode contribuir para a análise dos processos de constituição dos habitus específicos a um determinado universo social.

Aspectos Metodológicos

Foi realizado um estudo sócio-histórico sobre a gênese do espaço da saúde coletiva no Brasil no período compreendido entre os anos 1960 – época caracterizada pela criação de departamentos, residências e cursos de pós-graduação em medicina preventiva e social (Nunes et al., 2010) e a emergência de um pensamento crítico sobre as relações entre saúde-doença e sociedade (Arouca, 2003; Donnangelo & Pereira, 1976), considerados como marcos teóricos – e 1986, ano de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Realizaram-se 24 entrevistas[2] entre 2008 e 2011, com duração média de duas horas, com alguns dos fundadores da saúde coletiva brasileira. Os entrevistados foram selecionados entre docentes e profissionais que integraram os principais departamentos de medicina preventiva ou que participaram diretamente da criação da então Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e ou do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Sobre os fundadores já falecidos, foram consultadas biografias publicadas e entrevistas anteriormente concedidas. Também consultaram-se os depoimentos orais depositados no Departamento de Arquivo e Documentação, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, e outros registrados pelo Projeto Memória Unirio (Unirio, 2005), o que totalizou o estudo das trajetórias de 28 fundadores (Quadro 1). A análise das trajetórias apoiou-se também na consulta aos currículos dos diversos agentes[3](<http://lattes.cnpq.br>). Todos os entrevistados assinaram termo de consentimento informado, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba).

2 Posteriormente, foram realizadas mais dez entrevistas com agentes que ocupavam posições dominantes na saúde coletiva, a exemplo de editores das principais revistas científicas nacionais da área, presidentes da Abrasco, pesquisadores membros da Academia Brasileira de Ciências e dirigentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

3 O termo agente é aqui utilizado no sentido que lhe é dado por Bourdieu como agentes das práticas sociais. O uso do conceito de agente é discutido por este autor como alternativa ao conceito de ator e de sujeito. Decorre de sua teoria das práticas sociais em que a ação social não é produto de um cálculo racional (Bourdieu & Wacquant, 1992).

Quadro 1 – Posições e tomadas de posição de alguns dos fundadores da saúde coletiva brasileira – 1976-1986

Fundador	Profissão	Instituição	TS	TP	DP	Cebes	Abrasco	Andrômeda	CC	CB	CP	CS	Área da tese*
F1	M	Ufba	E CD	Arena PP PMDB PSDB	CD	-	-	-	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	Clínica
F2	M e S	Opas	-	SFP ME	E	-	-	-	↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑	(SM) r
F3	M	Unicamp	A CM	PCB	E	↑↑↑↑	-	↑↑↑↑	↑↑	-	↑↑↑↑	↑↑↑↑	(SM) r
F4	M	USP	E CM	SFP MRS	E	-	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑	Epi
F5	S	USP	s/ inf.	SFP ME	E	-	↑↑↑	-	↑↑↑	↑↑	↑	↑↑↑↑	(SM)r
F6	M	Uerj	E CM	PCB	E	↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	(SM)
F7	M	Ufba	A CP	SFP MRS	E	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	↑	↑	↑↑	-	Epi Soc
F8	M	Opas	A CM	SFP PSB	CE	-	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	-	Gestão
F9	P	Ensp	E CD	PCB	E	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	↑↑	↑	↑↑	-	SM
F10	M	Opas	E CD	ME SFP MRS	E	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	↑	↑↑	↑	-	Epi MI
F11	M	Uerj	E CM	PCB	E	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	↑	↑↑	↑↑↑	-	Epi DC
F12	M	Unicamp	E CM	PCB	E	↑↑↑	↑↑	-	↑↑	↑	↑↑↑	-	Epi soc
F13	M	Ufba	A CM	ME PCB	E	-	↑↑↑↑	-	↑↑	↑↑	↑↑↑↑	-	Epi MI
F14	M	Opas	E CM	PCB	E	↑↑↑↑	-	↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	-	SM
F15	M	Ensp	A CP	AP ME	E	-	↑↑↑↑	-	↑	↑	↑↑	-	Avaliação

Quadro 1 – Posições e tomadas de posição de alguns dos fundadores da saúde coletiva brasileira – 1976-1986 (cont.)

Fundador	Profissão	Instituição	TS	TP	DP	Cebes	Abrasco	Andrômeda	CC	CB	CP	CS	Área da tese*
F16	M	USP	A CM	PCB	E	-	↑↑↑↑	-	↑↑	↑↑↑	↑↑		Epi soc
F17	S	Uerj	E CM	SFP ME	E	-	↑↑↑↑	-	↑↑		↑↑	-	SM
F18	M	FMRP	A CP	PSB, MDB	CE	-	↑↑	-	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	-	Epi MI
F19	M	Uerj	E CD	PC do B MDB	E	-	↑↑	-	↑	↑	↑	-	Epi
F20	M	Santa Casa	E CD	SFP MRS	E	↑	↑↑↑	-	↑	↑	↑	-	Epi
F21	M	USP	E CD	SFP	E	-	↑	-	↑↑	↑	↑		SM
F22	M	USP	E CP	AP	E	↑	↑	-	↑	↑	↑	-	SM
F23	M	USP	E CD	PT	E	↑	↑	-	↑	↑	↑	-	SM
F24	M	UFMT	E CD	PC do B	E	↑	↑	-	-	↑↑	↑↑	-	Plan
F25	M	USP	A CM	SFP	E	-	-	-	↑↑	↑	↑	-	Epi MI
F26	S	Unicamp	E CP	SFP	E	-	-	-	↑↑	↑↑	↓	-	SM
F27	S	Uerj	E CM	SFP ME	E	-	-	-	↑↑	↑↑	↑↑	-	S
F28	M	Ufba	E CD	SFP MRS	CE	-	-	-	↑	↑↑↑	↑	-	Ad H

* Ou principal trabalho.

Legenda: Profissão: M – médico; S – sociólogo; P – psicólogo; Instituições: USP – Universidade de São Paulo; Ufba – Universidade Federal da Bahia; Uerj – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Unicamp – Universidade Estadual de Campinas; Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Santa Casa – Santa Casa de São Paulo; UFMT – Universidade Federal do Mato Grosso; Opas (Organização Pan-Americana da Saúde). TS – trajetória social: E – estável; A – ascendente; CD – ponto de partida classes dominantes; CM – classes médias; e CP – classes populares. TP – trajetória política: Arena – Aliança Renovadora Nacional (partido de sustentação do governo ditatorial brasileiro entre 1964 e 1979); MDB – Movimento Democrático Brasileiro (frente política de centro-esquerda); partidos de esquerda: PCB – Partido Comunista Brasileiro; PC do B – Partido Comunista do Brasil; PSB – Partido Socialista Brasileiro; AP – Ação Popular; SFP – sem filiação partidária; MRS – militante da Reforma Sanitária; ME – militância de esquerda. DP – disposições políticas: E – esquerda; CE – centro-esquerda; Cebes – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Andr. – Projeto Andrômeda (articulação clandestina). Espécies de capital: CC – capital científico; CB – capital burocrático; CS – capital simbólico. Classificação dos capitais e da participação no Cebes e na Abrasco: ↑ (pequeno); ↑↑ (médio); ↑↑↑ (alto); ↑↑↑↑ (muito alto). Classificação da tese ou do principal trabalho: SM – sociologia médica; Epi – epidemiologia; Epi Soc – epidemiologia social; Epi MI – epidemiologia de moléstias infecciosas; Epi DC – epidemiologia de doenças crônicas; Ad H – administração hospitalar; Plan – planejamento; r – trabalho considerado como referência na criação do campo.

A recuperação da trajetória (social, profissional e política) de cada um dos fundadores fez-se com base em roteiros individualizados. As trajetórias sociais foram consideradas como ascendentes ou estáveis quando comparadas as profissões dos pais com a profissão dos entrevistados. Aferiu-se o ponto de partida das trajetórias por meio das profissões dos avós paternos ou maternos; a trajetória profissional, por meio das ocupações. As disposições políticas foram verificadas por meio da filiação ou militância em partidos políticos e/ou em movimentos sociais (Quadro 1).

A análise das condições de possibilidade de surgimento da saúde coletiva apoiou-se principalmente em fontes bibliográficas. Investigaram-se ainda as concepções sobre saúde coletiva, Reforma Sanitária, identidade profissional e opções acadêmicas. Particularmente pediu-se aos entrevistados que falassem sobre os eventos de constituição do campo, como a criação dos departamentos de medicina preventiva, a fundação da Abrasco e do Cebes e sobre a Reforma Sanitária. Consultaram-se também diversas fontes documentais e bibliográficas, como atas da criação da Abrasco, relatórios de encontros e biografias, artigos de autoria dos agentes entrevistados. As entrevistas foram realizadas pela autora, gravadas e transcritas e, em grande parte, revisadas pelos entrevistados; em seguida, sumarizadas em quadros individuais, contendo as trajetórias, e em quadros comparativos (Quadro 1). A análise das diversas espécies de capital foi feita por meio dos critérios relacionados no Quadro 2. O capital simbólico, capital de reconhecimento, foi aferido apenas para os fundadores falecidos mencionados pela maioria dos entrevistados como lideranças responsáveis, quer pela formulação teórica, quer pelo papel na articulação política que resultou na criação desse espaço social.

O conceito de campo de Bourdieu aqui utilizado implica a identificação das disposições comuns aos agentes que conformariam um habitus – disposições essas adquiridas ao longo de uma trajetória que corresponderia às sucessivas posições ocupadas no espaço social pelos entrevistados em certas condições históricas de possibilidade. Implica também a identificação de sua autonomia relativa em relação a outros campos e ao campo do poder (Bourdieu, 1996). Este autor usa por vezes como sinônimos os conceitos de espaço e campo (Bourdieu, 2012). Contudo, o conceito por ele sistematizado e que compõe sua teoria das práticas sociais é o conceito de campo, que está mais bem desenvolvido no livro As Regras da Arte (Bourdieu, 1996).

A caracterização de um microcosmo social como campo não é um exercício apenas teórico; requer a realização de um estudo empírico (Bourdieu & Wacquant, 1992). Na presente investigação, o conceito de espaço social foi usado para indicar que o universo social estudado, na sua gênese, embora funcionasse como campo, no sentido de uma rede de relações entre agentes, com uma illusio[4] compartilhada, não reunia todas as características

[4] O conceito illusio é utilizado por Bourdieu no sentido de crença, investimento, interesse ou como "ilusão de realidade coletivamente partilhada" (Bourdieu, 1996: 366), por meio do qual os agentes sociais participam e se envolvem nos jogos nos diferentes campos sociais.

de um campo consolidado, a exemplo dos campos científico e burocrático – para citar dois universos sociais investigados por Bourdieu (1994, 2012).

Quadro 2 – Critérios para análise da composição das diferentes espécies de capital no período da gênese do espaço da saúde coletiva brasileira – 1976-1986

Volume do capital Tipo de capital	Muito alto ↑↑↑↑	Alto ↑↑↑	Médio ↑↑	Pequeno ↑
Científico*	Reconhecimento internacional Prêmios internacionais	Reconhecimento nacional Professor titular 2 ou + artigos em periódicos indexados/ano**	Reconhecimento local Doutorado 1 artigo em periódicos indexados/ano**	Mestrado
Burocrático	Cargos de direção em OIs (Opas, OMS) e no MS	Cargos de direção intermediários nos diversos níveis e em SES	Cargos técnicos e de assessoria em OI e no MS e de direção em SMS	Cargos técnicos (assessor, consultor)
Burocrático universitário	Reitor	Diretor de unidade	Chefe de departamento Coordenador de pós-graduação	Coordenador de disciplina
Político	Ministro da Saúde, presidentes de OIs	Secretários estaduais de Saúde	Secretários municipais de Saúde	Outros cargos técnicos de indicação política
Participação em partidos políticos	Dirigente nacional	Dirigente estadual	Dirigente municipal	Filiado
Participação em cargos eletivos	Senador, deputado federal	Deputado estadual	Vereador	Militante de partido
Participação em movimentos sociais	Dirigente nacional	Dirigente estadual ou participante de comissões nacionais de associações	Dirigente municipal, ou militante, de comissões estaduais ou municipais de associações	Filiado à entidade

* Critérios para análise do capital científico na década de 1970.

** No período, uma publicação por ano era considerada, na área, como muito boa produtividade.

Legenda: OI – Organismo internacional; SMS – Secretaria municipal de Saúde; SES – Secretaria estadual de Saúde; MS – Ministério da Saúde.

As Condições de Possibilidade Históricas

A construção do espaço da saúde coletiva, como todo processo de emergência de espaços sociais, é complexo e não decorre de uma determinação direta das estruturas sociais, nem de uma ação racional planejada por um conjunto de agentes sociais que orientaram suas trajetórias nessa direção. A sua compreensão requer uma recuperação do espaço das posições e das tomadas de posição dos agentes envolvidos com a produção de saberes e práticas sobre a saúde na sociedade, bem como das condições históricas que tornaram possível a sua constituição.

Redefinições ocorridas no espaço da medicina preventiva e secundariamente da saúde pública institucionalizada foram influenciadas por alguns acontecimentos concomitantes: o financiamento das fundações americanas, a ação política e institucional da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), os auxílios da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) (Ribeiro, 1991), as contradições da conjuntura política e a situação do campo intelectual e do campo médico brasileiro nos anos 1960 e 1970. Contudo, o espaço que assim foi viabilizado resultou em local de produção de conhecimento crítico e de formulação de projetos contra-hegemônicos em referência aos objetivos formalmente explicitados das próprias instituições financiadoras – aparente paradoxo, já registrado anteriormente (Escorel, 1999), e que requer interpretação.

A Modernização do Ensino da Medicina e as Fundações Americanas (Kellogg, Rockefeller e Milbank)

A introdução do ensino da medicina preventiva fez parte do processo de modernização da medicina iniciado com a vinda para o Brasil, em 1917, de uma missão da Fundação Rockefeller. Esta já encontrou não apenas um desenvolvimento da pesquisa em doenças infecciosas – com a escola tropicalista da Bahia (Santos, 2008) e as investigações realizadas no Rio de Janeiro e em São Paulo pelos médicos Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolfo Lutz e Vital Brazil – mas também um movimento sanitarista voltado para a luta pelo saneamento, de perspectiva nacionalista e eugênica (Castro-Santos, 1989; Kobayashi et al., 2009; Hochman, 2012). Essa missão não apenas desenvolveu uma cooperação com o Departamento Nacional de Saúde Pública e os governos estaduais no combate à ancilostomíase, à malária e à febre amarela, como também aportou recursos consideráveis à recém-criada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, tendo posteriormente viabilizado a criação do Instituto de Higiene de São Paulo, que em 1945 viria a se transformar na Faculdade de Saúde Pública (Faria, 1999). O objetivo da Fundação Rockefeller em relação ao ensino médico era substituir o modelo francês pelo americano, com a prioridade dada ao regime de tempo integral e à pesquisa laboratorial – o que implicava a introdução de uma clínica experimental, ou seja, uma clínica apoiada na pesquisa básica.

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – e mesmo em outras universidades do sul do país, como foi o caso da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP) e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – esse processo ocorreu a partir da década de 1950.[5] Esse movimento contou com a participação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e foi financiado pelas fundações Kellogg, Rockefeller e Milbank, entre outras agências, que concederam bolsas de estudo a médicos recém-formados do Brasil e de outros países da América Latina para fazerem residência ou mestrado em diversas especialidades.[6] A medicina preventiva estava entre as áreas priorizadas.[7]

As Contradições da Conjuntura Política Nacional

As principais ideias acerca do que seria a medicina social latino-americana surgiram nos anos 1960, tendo sofrido influência do clima de contestação de 1968 (Garcia, 1985). No período analisado, parte da intelectualidade latino-americana era marxista. Embora o espectro político dos agentes envolvidos com a constituição da saúde coletiva brasileira fosse amplo, incluindo partidos vinculados ao regime militar (como a Aliança Renovadora Nacional – Arena) e de oposição moderada (como o Movimento Democrático Brasileiro – MDB), passando por posições políticas de centro-esquerda e disposições religiosas, diversos entrevistados eram filiados a partidos de esquerda, entre os quais o Partido Comunista Brasileiro (PCB), o Partido Comunista do Brasil (PC do B) e a Ação Popular (AP), ou tinham militância política de esquerda não organizada.

A maioria dos fundadores da saúde coletiva teve participação atuante nas lutas pela democratização do país e contribuiu para a construção de um movimento com ampla participação social, que foi a Reforma Sanitária brasileira (Paim, 2008; Escorel, 1999). Naquele período, embora o país ainda estivesse submetido a uma ditadura militar, o governo do general Geisel (1974-1979) caracterizou-se pela distensão política, além de ter implementado o 2º Plano Nacional de Desenvolvimento, que incluía financiamento à pesquisa social – o que viabilizou a organização de alguns dos núcleos da emergente saúde coletiva (Ribeiro, 1991; Escorel, 1999).

[5] Segundo Faria (1999), a priorização de estados do sul relacionava-se à crença da Fundação Rockefeller de que as possibilidades de desenvolvimento localizavam-se nessa área, em razão da imigração europeia. Segundo Kobayashi e colaboradores (2009), a ação da fundação entrou em sintonia com o então movimento sanitarista, que objetivava desenvolver ações de higiene e saúde pública com fins explicitamente eugênicos.

[6] "A Fundação Kellogg criou, então, um programa para identificar, nos países latino-americanos, prováveis futuras lideranças na área da saúde a fim de oferecer-lhes a oportunidade de estenderem a sua formação nos ambientes universitários dos Estados Unidos. E destacou um dos seus funcionários, o médico dr. Benjamin Horning, para visitar, anualmente, a América Latina, com o intuito de entrevistar candidatos a bolsas patrocinadas pelo American College of Physicians e pela mesma fundação. Iniciando esse programa, o dr. Horning visitou a nossa Faculdade de Medicina, cujo diretor, na época, era o meu pai" (Roberto Figueira Santos, entrevista em 7 nov. 2008).

[7] "fui com uma bolsa aos Estados Unidos, onde eu fiz o mestrado na Universidade Harvard entre 1957 e 1959 (...) em um programa especial para formação de docentes em medicina preventiva que a universidade organizara atendendo a pedidos da OMS" (Rodrigues da Silva, s.d.).

A Composição do Espaço nas Suas Origens: os principais grupos fundadores, disposições e trajetórias iniciais

A saúde coletiva pode ser considerada como uma ruptura teórica e um projeto de ruptura em relação às práticas e à organização dos serviços de saúde então hegemônicas no país nos anos 1970. Três subespaços estiveram implicados nesse processo: os departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina, algumas instituições governamentais e internacionais, como o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde e a Opas.

Guilherme Rodrigues da Silva (1928-2006), filho de agricultor e garimpeiro da região da Chapada Diamantina, na Bahia, e Hesio Cordeiro, filho de médico do Rio de Janeiro – ambos médicos recém-formados que haviam orientado suas carreiras inicialmente para a clínica –, as converteram para a medicina preventiva a partir dos convites recebidos para frequentarem cursos de pós-graduação nos Estados Unidos, com financiamento da United States Agency for International Development (Usaid) – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional – e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) nas décadas de 1950 e 1960, respectivamente, dentro de programas voltados para a modernização do ensino médico.

A terceira liderança médica foi Antonio Sergio da Silva Arouca (1941-2003), que, ao contrário dos outros dois, tinha fortes contradições com sua opção inicial pela medicina. Arouca, que pode ser considerado um dos mais importantes fundadores, teve uma trajetória singular (Marques, 2007; Franco Netto & Abreu, 2009). De todos os fundadores, foi um dos poucos que, anos depois, saiu radicalmente do campo por ele criado para priorizar o exercício profissional da política, sucessivamente como deputado federal, candidato a vice-governador e a vice-presidente da República, tendo sido uma das lideranças nacionais do PCB e posteriormente do Partido Popular Socialista (PPS). Dessa forma, suas disposições eram principalmente políticas. Sua opção pela medicina preventiva ocorreu quando ele vislumbrou essa escolha como uma forma de conciliar a atividade política com a medicina (Arouca, 2002).

Também para vários outros médicos, de trajetórias sociais variadas, na sua maioria estáveis, as disposições políticas foram mencionadas como razão para ingresso nos departamentos de medicina e parecem ter sido adquiridas principalmente nos meios secundaristas e universitários dos anos 1950 e 1960, já que poucos comentaram ter recebido influências familiares a esse respeito.

A opção pela pesquisa também foi uma das motivações da ida para os departamentos de medicina preventiva de alguns dos seus primeiros docentes. Cabe lembrar que essa disciplina fazia parte da renovação do ensino da medicina apoiado na pesquisa, no laboratório e no trabalho extramuros. Por essa razão, diversos entrevistados iniciaram suas carreiras em especialidades clínicas (psiquiatria, moléstias infecciosas, pediatria, entre outras), migrando depois para a medicina preventiva como forma de exercer a profissão de maneira diferente,

comprometida com os interesses da população: uma medicina social. Outros expressavam claramente contradições com a clínica e o gosto pela gestão ou pelos números. Essas opções não corresponderam a um desenvolvimento da higiene nem da saúde pública tradicional, mas uma ruptura com estas disciplinas. Alguns dos entrevistados que cursaram disciplinas de higiene existentes no período anterior à criação dos departamentos de medicina preventiva expressavam o seu desgosto com essa disciplina.

Por sua vez, esses médicos, considerando importante introduzir o ensino das ciências sociais nas escolas médicas e também desenvolver a pesquisa sobre os determinantes sociais da saúde e da doença, estabeleceram relações com um grupo universitário de ciências sociais igualmente envolvido, em certa medida, com a militância política de esquerda, em graus variados. Para os sociólogos, o motivo aglutinador foi a constituição de uma área de conhecimento em torno das ciências sociais em saúde. Essa complementaridade de capitais (político e científico) contribuiu para delinear a futura estrutura e uma das principais oposições no interior do espaço em processo de criação.

A principal liderança desse grupo foi Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983), cujas teses de doutorado e livre-docência, Medicina e Sociedade (Donnangelo, 1975) e Saúde e Sociedade (Donnangelo & Pereira, 1976), estão entre os primeiros trabalhos críticos que, juntamente com o ensaio de Garcia (1972), continham os elementos necessários para a ruptura teórica que iria se consolidar posteriormente com a tese de doutorado de Arouca, defendida em 1975: O Dilema Preventivista (Arouca, 2003). Nesse trabalho, o autor fazia uma crítica radical à medicina preventiva e desenvolvia a análise iniciada por Donnangelo acerca das relações entre a medicina e o capitalismo. Ambos os trabalhos inauguram um conjunto de produções acadêmicas que se seguiram na perspectiva da elaboração de uma teoria social da medicina, para uns, e da saúde, para outros. Uma teoria capaz de orientar uma ruptura também com as práticas sanitárias expressas no projeto da Reforma Sanitária.

Ambos os grupos de médicos e de sociólogos tinham, por ocasião da gênese do espaço, capitais variados. As principais lideranças eram possuidoras de elevado capital científico, burocrático ou político, diferenciando-se principalmente no que diz respeito à posição política, ao capital burocrático universitário, ao capital burocrático institucional e à geração (Quadro 1). Parte do grupo dos médicos tinha uma militância organizada principalmente no PCB, mas também em outros partidos de esquerda, como o PC do B e a Ação Popular, que era uma organização de esquerda com influência religiosa. Havia também um grupo de médicos de esquerda sem filiação partidária.

As posições políticas da geração que se graduou na década de 1950 iam de centro-direita e centro-esquerda até a esquerda católica. Já o grupo dos cientistas sociais ou não tinha militância política ou tinha militância de esquerda não partidária. Essas posições políticas guardavam uma relação com as tomadas de posição em termos acadêmicos. Assim, as posições situadas mais à esquerda no espectro político se inclinaram na direção de produzir

teses que iriam da sociologia pura à sociologia médica e epidemiologia social. À medida que se caminhava na direção do centro do espectro político, os trabalhos de investigação incluíam a epidemiologia, a epidemiologia das doenças infecciosas, a clínica e a gestão (Quadro 1).

A Construção de um Espaço Social

Parte importante, se não central, da constituição do espaço da saúde coletiva foi a articulação entre a produção teórica crítica e a formulação de um projeto de transformação dos serviços de saúde relacionado com as lutas pela democratização do país. Dessa forma, o movimento por uma Reforma Sanitária que emergiu durante os anos da ditadura militar foi formulado, em grande parte, pelos pioneiros da saúde coletiva tanto em espaços de discussão e articulação clandestinos, como o PCB ou o denominado projeto Andrômeda, como nos departamentos de medicina preventiva e associações legais, como o Cebes e a Abrasco. O projeto Andrômeda era uma articulação clandestina de cerca de 15 a 20 pessoas, da qual participavam principalmente médicos que ocupavam postos em organismos internacionais ou em instituições públicas federais, além de alguns membros do PCB (Macedo, 2008; Goulart, 1996; Franco Netto & Abreu, 2009). O movimento sanitário organizado por essas associações envolveu lideranças estudantis, médicas e sindicais e culminou com a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se discutiram as diretrizes e os princípios para uma Reforma Sanitária e para a organização subsequente do Sistema Único de Saúde – SUS (WHO, 2010; Paim et al., 2011).

O espaço da saúde coletiva foi assim constituído principalmente no interior do campo científico, porém com grande interseção com os campos político e burocrático. Durante os anos 1970, principalmente nos municípios onde havia liberdade relativa de atuação decorrente da progressiva ocupação de espaços de governo pelos partidos de oposição, desenvolveram-se algumas experiências de organização dos serviços de saúde, em que foram atuar egressos dos programas de residência em medicina preventiva e social e dos cursos de saúde pública. Tais experiências municipais funcionaram como pilotos do que viria posteriormente a ser o SUS, bem como constituíram espaços de aglutinação, inserção profissional e debate para profissionais de formações diferenciadas, entre os quais vários agentes que contribuíram para o movimento sanitário e a construção do espaço da saúde coletiva.

O projeto Montes Claros, cidade do interior de Minas Gerais, foi considerado como um "laboratório da democratização da saúde" (Teixeira, 1995: 14), tendo contado com expressivos recursos da Usaid e da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) para a implantação, a partir de 1975, de uma rede de quarenta postos de saúde, bem como para o recrutamento e treinamento de 625 agentes de saúde. Com a coordenação técnica de Francisco de Assis Machado, o projeto Montes Claros serviu de base para concepção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), considerado a maior experiência de extensão de serviços de medicina simplificada em escala nacional (Santos, 1995).

A experiência de Campinas (SP) coordenada por Nelson Rodrigues dos Santos, então secretário municipal de Saúde e articulador da criação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), serviu de exemplo para diversos outros municípios. Também David Capistrano coordenou, como secretário municipal de Saúde de Bauru (SP) e de Santos (SP), algumas das iniciativas inovadoras no período anterior à Constituição de 1988 (Capistrano-Filho & Pimenta, 1988). Uma avaliação da descentralização da gestão da saúde em nove municípios – Cachoeiras de Macacu (RJ), Camaçari (BA), Maceió (AL), Arapiraca (AL), Uberlândia (MG), Cambé (PR), Penápolis (SP), Cotia (SP) e Ronda Alta (RS) –, além do bairro de Brasília Teimosa, em Recife (PE), considerados como casos exemplares de reorganização dos sistemas locais de saúde entre 1986 e 1988, foi feita em projeto financiado pela Opas (Almeida, 1989).

Havia ainda grupos informais que se organizaram em instituições públicas e organismos internacionais em torno de projetos como o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Preps), que se constituiu em espaço privilegiado para a criação da Abrasco, a exemplo da equipe sob a coordenação de Carlyle Guerra Macedo, na Opas.[8]

A composição da primeira diretoria da Abrasco tinha um amplo espectro político necessário para viabilizar legalmente uma entidade, ainda no período autoritário. Tanto Frederico Simões Barbosa, nomeado presidente para fins de constituição da entidade, como Benedictus Philadelpho de Siqueira, presidente da primeira diretoria eleita, dispunham de reconhecimento nacional, respectivamente como pesquisador e como chefe de um grande departamento de medicina preventiva, mas necessariamente não partilhavam do projeto de constituição de um novo campo. Eram, contudo, pessoas progressistas, de esquerda católica ou centro-esquerda, com ideais democráticos e que apoiavam as propostas do grupo dos fundadores. Essa articulação contou ainda com a participação de Carlyle Guerra Macedo, então coordenador do Programa de Recursos Humanos da Opas no Brasil, que coordenou uma das reuniões que resultaram na criação da Abrasco.

Após sua criação, as primeiras diretorias organizaram diversas reuniões, entre as quais 14 tiveram seus relatórios publicados, entre 1981 e 1983 para avaliar principalmente o ensino, mas também a pesquisa em saúde coletiva, saúde pública e medicina preventiva, envolvendo docentes das residências médicas e multiprofissionais, dos departamentos de medicina preventiva e social, dos programas de pós-graduação e dos cursos de especialização em saúde pública. Foram realizadas reuniões sobre o ensino da epidemiologia, da administração e planejamento em saúde, sobre o ensino das ciências sociais em saúde e também da saúde do trabalhador (Abrasco, 1982, 1983, 1984, 1986). Dessas áreas temáticas inicialmente

[8] "a experiência da Opas foi fantástica (...) pela conjuntura do início do movimento sanitário, da nossa participação, um grupo muito (...) diferenciado. Com boas discussões das questões excelentes que se tinha na época. Então parecia um presente dos deuses eu estar ali. (...) O grupo era o Carlyle, como coordenador, o Alberto Pellegrini, o César Viera, a Isabel Santos, o Danilo Garcia, que era de São Paulo... o Paranaguá também, desde os anos 80, ele entrou junto comigo" (Roberto Passos Nogueira, entrevista em 13 nov. 2008).

priorizadas, apenas a saúde do trabalhador não se consolidou como um dos eixos que iriam orientar o desenvolvimento subsequente da estrutura do espaço, embora tenha se firmado como importante área temática de pesquisa e intervenção. Nesses encontros, fica clara a coexistência entre os conteúdos e as práticas da saúde pública e da medicina preventiva preexistentes e o trabalho de construção social do novo espaço. Os textos de alguns dos fundadores (Paim, 1982; Donnangelo, 1983), bem como os relatórios finais dos encontros, explicitam as proposições de ruptura (Abrasco, 1982, 1983, 1984, 1986).

O Espaço dos Pontos de Vista: entre rupturas e continuidades

O que foi considerado como ruptura pelos agentes envolvidos com a gênese do espaço? Nas reuniões realizadas com docentes dos departamentos de medicina preventiva de São Paulo, ocorridas entre 1969 e 1973, discutiam-se o objeto da medicina preventiva, estratégias de ensino, a crítica ao planejamento normativo, o ensino das ciências sociais no curso médico (Arouca, 2003). Além disso, estavam em jogo duas concepções sobre o projeto inicial que correspondiam a dois móveis de aglutinação: o primeiro, relacionado com a crítica à medicina preventiva como proposta de mudança das práticas médicas e a alternativa de uma medicina social como possibilidade de intervenção não apenas sobre os corpos biológicos enfermos, mas também sobre a sociedade, sua estrutura e governo responsáveis pela produção das enfermidades. Já o segundo propósito estava ligado à criação de uma área de estudos sobre a sociologia da saúde.

A primeira perspectiva estava expressa no quadro teórico de referência do mestrado em saúde comunitária da Ufba, que resultou da discussão do I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ocorrido em Salvador, em agosto de 1978 (Paim, 1982), um dos seminários de criação da Abrasco, a concepção do que seria a nova medicina social, então denominada saúde coletiva, continha vários pressupostos básicos, dentre os quais se destacam:

1. A saúde, como estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade por meio das suas instâncias econômicas e político-ideológicas, tendo, portanto, uma historicidade.
2. As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.
3. O objeto da saúde coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, além do estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Assim, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento, e não no plano da estratégia de reunir profissionais com múltiplas formações.

4. O ensino da saúde coletiva envolve a crítica permanente dos sucessivos projetos de redefinição das práticas de saúde, surgidas nos países capitalistas, que têm influenciado a reorganização do conhecimento médico e a reformulação de modelos de prestação de serviços de saúde: Reforma Sanitária, medicina social, medicina integral, medicina preventiva e medicina comunitária.
5. O processo ensino-aprendizagem não é neutro e pode ser acionado como prática de mudança ou de manutenção.
6. O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.
7. A participação ativa e criativa do educando e do educador no processo ensino-aprendizagem pressupõe o privilegiamento de uma prática pedagógica fundamentalmente dialógica e antiautoritária, na qual o aluno não se limita a receber os conteúdos emitidos pelo professor.
8. O ensino de saúde coletiva remete a uma concepção ampla da prática. Nela se incluem a prática técnica, a pratica teórica e a prática política, entendidas como dimensões da prática social. Nessa perspectiva, as práticas exercidas pelos alunos e professores tendem a se articular com os movimentos mais amplos das forças sociais (Paim, 1982).

O espaço criado pelos departamentos de medicina preventiva – onde o que estava em discussão era um projeto de mudança: da medicina, do ensino médico e da prática médica – ajustou-se às disposições de alguns dos agentes aqui mencionados, que lideraram o processo de subversão dos propósitos dos organismos internacionais, e de alguns clínicos, desenvolvendo um pensamento crítico sobre a saúde – que iria passar a se constituir em componente de um habitus em formação e de uma illusio, ou seja, do investimento na criação do novo espaço.

O móvel de alguns sociólogos, simbolizado nas trajetórias de Donnangelo, Nunes, Madel e Loyola, entre outros, de desenvolver uma área inicialmente de sociologia da saúde, que depois converteu-se em ciências sociais em saúde, tinha grande convergência e complementaridade com o grupo de médicos. Passou, porém, a se constituir em objeto de disputas e conflitos entre disciplinas e paradigmas na base de questões da identidade do espaço. A distinção clara entre os dois propósitos e entre os dois grupos aparece explicitamente tanto nos documentos e trabalhos sobre a gênese do campo (Donnangelo, 1975; Garcia, 1985) como também nas entrevistas.[9] Para Luís Pereira (1933-1985),[10] orientador da tese de doutorado de Donnangelo, ela buscava "a construção do objeto do campo de estudos que academicamente se denominaria sociologia da saúde" (Pereira, 1976: 97).

---

[9] Na maioria das entrevistas, a resposta à pergunta "como e por que você entrou para a medicina preventiva" confirmava as duas motivações mencionadas.

[10] Luís Pereira fazia parte do grupo de sociólogos da Universidade de São Paulo (USP) de orientação marxista. A sociologia brasileira nos anos 1960 estava em fase de constituição. O grupo de alunos de Florestan Fernandes na USP, entre os quais destacava-se Fernando Henrique Cardoso, que viria a ser presidente da República do Brasil, construiu sua independência intelectual, no dizer de Cardoso, nos seminários sobre o capital (Garcia, 2004; Mota, Silva & Schraiber, 2004; Bastos, 2006; Nunes, 2008).

Essas concepções assumiram variações ou ênfases distintas, a depender da posição ocupada pelo agente. Arouca é quem explicita claramente o projeto de ruptura com a medicina preventiva e sua transformação em medicina social. Ele se torna um dos principais articuladores políticos do projeto da Reforma Sanitária brasileira: "Aí se deu essa ideia de começarmos a criar um campo no Brasil que supera a medicina preventiva e que se transforma em medicina social" (Arouca, 2002).

Já em relação a alguns agentes situados no polo institucional das organizações internacionais, como a Opas, havia um projeto para o qual a Abrasco nascera para dar vida, que tinha por objetivo mudar a organização dos serviços de saúde. Não se denominava ainda de Reforma Sanitária e era centrado na unificação e na responsabilidade estatal com a saúde (Carlyle Guerra Macedo, entrevista em 13 nov. 2008). Para um dos entrevistados, médico, com disposições mais científicas do que políticas, tratava-se de desenvolver uma epidemiologia social que superasse o estudo dos fatores de risco (Euclides Ayres Castilho, entrevista em 8 jun. 2008).

Outra diferença entre as perspectivas é que para os fundadores de trajetória iniciada na clínica e oriundos dos projetos de modernização do ensino da medicina, como Hesio Cordeiro e Guilherme Rodrigues da Silva, era a criação de uma medicina social que corresponderia ao exercício de uma clínica que incorporasse o social, mas expandisse seu objeto para os serviços de saúde. E não se tratava de criar um campo independente da medicina, com uma especificidade no que diz respeito ao objeto e à prática. Para outros, cuja trajetória revelava, desde o início, contradições com a clínica, essa era uma possibilidade não só desejável, mas possível. Nesse sentido, Hesio e Guilherme são os herdeiros que recusam a herança e contribuem para a criação das condições de subversão da ordem anterior. Fazendo residência em clínica médica em duas das mais importantes universidades do país, com lideranças clínicas, aceitam o desafio de desenvolver uma nova disciplina. Ao fazê-lo, contudo, orientados pelas disposições políticas e da rede de relações que se estabelece, contribuem definitivamente para a sua mudança. Mas também seus professores, respectivamente Piquet Carneiro e Roberto Figueira Santos, responsáveis pelas iniciativas de modernização da medicina que, diante do espaço dos possíveis – desenvolver uma carreira clínica bem-sucedida com clientela particular assegurada – optaram por trabalhar em tempo integral, articulando a clínica com a pesquisa básica.

Por fim, havia um terceiro ponto de vista dos serviços, que considerava as novas iniciativas como modernizadoras da saúde pública tradicional e viam a saúde coletiva como sinônimo da saúde pública (Uchoa & Paim, 1982). Esses diversos enfoques se expressam na variedade de orientações conferidas aos programas de formação de pessoal naquele período. Para Garcia (1985), no fim do processo de disciplinarização da medicina social, que ocorreu em 1972-1973, existiam três tipos de programas: os programas tradicionais de saúde pública; os programas de medicina preventiva; e aqueles que buscavam a separação entre a medicina preventiva, a saúde pública e a medicina social.

O Espaço da Saúde Coletiva: entre o campo médico, o campo do poder e o campo burocrático

O espaço da saúde coletiva brasileira surge, assim, como o produto do encontro de um conjunto de agentes com trajetórias diferenciadas no que diz respeito a percurso, duração e posicionamento nos campos científico, burocrático, político e do poder. Porém, com interseções e entrelaçamentos que criaram uma ordem independente de cada um deles individualmente – uma rede de relações de instituições específicas representativas, como a Abrasco; políticas, como o Cebes; e acadêmicas, como os programas de pós-graduação, os núcleos de saúde coletiva e os departamentos de medicina preventiva e social das universidades.

Ele surge no campo médico como crítica à medicina preventiva, recusa ambivalente à saúde pública institucionalizada e afirmando-se como projeto de uma medicina social cuja identidade era política com a medicina social europeia do século XIX (Nunes, 1994). A relação com o campo médico está na origem da medicina preventiva e depois em todo o desenvolvimento subsequente da saúde coletiva. Conforme analisou Arouca (2003), a medicina preventiva foi uma reação das associações médicas americanas ao crescimento da intervenção estatal no cuidado, assim como a criação dos principais departamentos de medicina preventiva ocorreu como renovação da clínica médica, e não da higiene.

As tensões entre os departamentos de medicina preventiva e as faculdades de medicina marcaram a gênese do espaço da saúde coletiva e estão presentes nos diversos depoimentos. Essas tensões se expressam na resistência dos estudantes de medicina inicialmente à higiene e depois ao ensino da medicina preventiva. Em praticamente todos os departamentos fundadores, houve experimentos com atividades práticas extramuros e com estratégias pedagógicas inovadoras visando a motivar os alunos (Teixeira et al., 1994; Paim, 1993; Vieira-da-Silva & Paim, 1993).

O espaço aqui analisado surge como campo de conhecimento específico sobre as relações entre a saúde e a sociedade, de abordagem marxista, porém crítico, incorporando um marxismo não economicista. Busca referenciais externos alternativos como Foucault, Althusser e Bourdieu mas sem articulá-los, ou mesmo sem analisar criticamente suas contradições. A denominação saúde coletiva, embora tenha correspondido a uma estratégia de distinção possível no momento da constituição de um espaço novo que queria diferenciar-se da saúde pública, da higiene e da medicina preventiva, dada a sua aparente neutralidade, passou a ser objeto de construção teórica. Como substantivo, abrigava, de um lado, alguns epidemiologistas que apenas desejavam estudar o populacional abstrato; de outro, os cientistas sociais e outros profissionais da saúde, como enfermeiros, assistentes sociais e fisioterapeutas, que desejavam construir um espaço não médico. O projeto do novo espaço tinha então que enfrentar não apenas a nova medicina preventiva, mas os habitus bem consolidados do campo médico, da saúde pública institucionalizada e do campo do poder.

As relações dos fundadores com o campo do poder se estabelecem, no primeiro momento, a partir da formulação do projeto da Reforma Sanitária. Naquele período (1976-1986), tratava-se de um movimento contra-hegemônico, à semelhança dos movimentos sociais que propugnavam a democratização do país. Posteriormente, com a vitória das oposições nas eleições nacionais, passou a fazer parte das questões que estavam em jogo a ocupação dos cargos de direção do SUS: de ministro a secretários estaduais e municipais – cargos cuja ocupação requer íntima articulação partidária e política. Mas as relações se dão também por outra via, mais técnica, como experts do Estado, nacional e internacional (Murard & Zylberman, 1985; Smith, 1991). Dessa forma, a hierarquização do espaço se estabeleceu, como em outros campos da produção cultural, em relação ao grau de autonomia e à distância das demandas do campo do poder – o subespaço científico, com maior autonomia, e o subespaço burocrático, mais dependente das demandas do Estado.

O aparente paradoxo, segundo o qual a crítica à medicina preventiva se desenvolve nos espaços criados para difundi-la e é financiada pelas agências que visavam a apoiá-la, na verdade revela o equívoco da priorização dos determinantes externos na explicação dos fatos sociais. A gênese do espaço da medicina social, posteriormente saúde coletiva, decorreu do encontro das trajetórias de agentes com disposições políticas variadas, porém com predominância de esquerda, que trouxeram como incorporações inconscientes a história coletiva dos intelectuais brasileiros e de alguns grupos internacionais dos anos 1960, em particular 1968: marxistas, contestadores, militância em partidos comunistas, gosto pela música popular, pela nouvelle vague e pelo Cinema Novo (Marques, 2007). Mas que incorporaram, também, a história coletiva da higiene e da saúde pública institucionalizada, da medicina e da sociologia então dominantes. Essas incorporações moduladas pelas histórias individuais resultou na variedade de trajetórias que se encontraram e construíram esse espaço novo e por isso mesmo diversificado. Por sua vez, essa heterogeneidade está na raiz de várias disputas que ocorrem no interior do espaço, principalmente no seu esforço de consolidação como campo social específico, dotado de habitus próprio e autonomia relativa ante os outros campos sociais, particularmente a medicina, as ciências sociais e as ciências básicas.

Esse aparente paradoxo relaciona-se não só com as condições de possibilidade de constituição do espaço mas também com a especificidade que vai sendo construída pelos agentes que são construídos pelas estruturas que representam essas condições de possibilidade. Não bastava a criação de departamentos de medicina preventiva para se ter clínicos com olhar preventivista – isso Arouca mostrou em sua tese. Essa impossibilidade não era devida somente ao papel reprodutor da escola no sentido da análise de Bourdieu ou ao fato de o capitalismo influenciar de forma determinante as práticas médicas. Mas porque os agentes concretos que se interessaram pelo ensino da medicina preventiva, ou foram convidados a organizá-lo, trouxeram consigo as disposições para desenvolverem outras práticas teóricas e políticas que não eram aquelas.

Também, a relação da saude coletiva com o campo do poder pode ser compreendida por meio da análise das trajetórias dos fundadores. Muitos desses percursos transitam entre um início universitário, em que há acumulação de capital científico, mas também simbólico, e a ocupação de postos em organismos internacionais diversos e cargos de primeiro e segundo escalões do governo nos diversos níveis. Essas trajetórias acompanham, em parte, a história de algumas lideranças dos movimentos sociais e democráticos que, após o fim do regime ditatorial, passaram a ocupar diversos governos estaduais, municipais e federal.

Dessa forma, a saúde coletiva é um espaço que nasce no interior do campo médico e no qual grande parte dos seus agentes guarda raízes e identidade. A perda da identidade como médico, quando existe, é ambivalente, uma vez que a nova identidade é variada: o principal expoente declara-se sanitarista – denominação dada aos anteriores experts da higiene e da saúde pública institucionalizada, que o novo espaço quer romper. Apenas um dos entrevistados declarou-se socialista da saúde, denominação mais consistente com o projeto inicial. O problema da identidade não se apresentava para o grupo de cientistas sociais que objetivamente tinham um campo próprio, na época da criação da saúde coletiva. Contudo, tendo em vista que optar pela saúde coletiva correspondia a deixar seu campo de origem e ir para outro, esse grupo foi o segundo a organizar um congresso científico periódico, próprio, para delimitar seu subespaço específico.

Médico, mas não médico, sociólogo ou cientista social adjetivado: da saúde. Quadro político ambivalente (técnico para o campo político e político para o campo científico), o espaço criado tem como uma das suas questões principais afirmar-se como campo no sentido da construção da identidade e busca da autonomia relativa. Se a nova identidade não estava completamente estabelecida, as antigas também foram recusadas de forma ambivalente. Em que medida esse espaço tornou-se campo ou persiste como espaço? O estudo da sua gênese não forneceu elementos para caracterizá-lo como campo, principalmente no que diz respeito à sua autonomia relativa e à constituição de uma identidade única e um habitus específico. A resposta a essa questão requer a realização de investigações complementares, mais extensivas, com base na análise da evolução e das transformações do espaço, quase campo, da saúde coletiva no período posterior ao aqui analisado. Esta conclusão, contudo, não é contraditória com o uso corrente do conceito campo ligado à saúde coletiva, tendo em vista que faz parte da sua história a existência de um projeto de construção de um campo de saberes e práticas que tem sido continuamente retomado e redefinido.

Referências

ALMEIDA, C. M. Os Atalhos da Mudança da Saúde do Brasil: serviços em nível local – 9 estudos de caso. Rio de Janeiro: Opas, OMS, 1989.

AROUCA, A. S. S. Doutor democracia. Entrevista a Ziraldo, Zélio, Luís Pimentel, Jesus Chediak, Zezé Sack e Tatiana Molina. Pasquim, Rio de Janeiro, 28 ago. 2002. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/imprensa.html>. Acesso em: 8 jan. 2014.

AROUCA, A. S. S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. v. 1. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/UFRJ, Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde, Abrasco, 1982.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. v. 2. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/UFRJ, Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (Opas), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fiocruz), 1983.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. v. 3. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/UFRJ, Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (Opas), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fiocruz), 1984.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Estudos de Saúde Coletiva. v. 4. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

BASTOS, E. R. Conversas com Sociólogos Brasileiros. São Paulo: Editora 34, 2006.

BOURDELAIS, P. & FAURE, O. Les Nouvelles Pratiques de Santé: XVIIIe-Xxe siècles. Paris: Belin, 2005.

BOURDIEU, P. La Distinction: critique social du jugement. Paris: Minuit, 1979.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. & FERNANDES, F. (Orgs.). Pierre Bourdieu: sociologia. 2. ed. v. 39. São Paulo: Ática, 1994.

BOURDIEU, P. As Regras da Arte: gênese e estrutura do campo literário [1992]. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

BOURDIEU, P. Sur l'État: cours au Collège de France (1989-1992). Paris: Seuil, 2012.

BOURDIEU, P. & WACQUANT, L. J. D. Réponses: pour une anthropologie réflexive. Paris: Seuil, 1992.

BREILH, J. Latin American critical (social) epidemiology: new settings for an old dream. International Journal of Epidemiology, 37: 745-750, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2): 219-230, 2000.

CAPISTRANO-FILHO, D. & PIMENTA, A. L. Saúde para Todos: um desafio ao município. São Paulo: Hucitec, 1988.

CASTRO-SANTOS, L. A. D. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional: história e política de uma missão médico e sanitária no Brasil. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, 6(1): 105-110, 1989.

COSTA, N. R. Ciencias sociales y salud: consideraciones sobre el nascimiento do campo de la salud colectiva en Brasil. Cuadernos Médico Sociales, 62: 36-47, 1992.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa em saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/UFRJ, Centro Latino-Americanao de Tecnologia Educacional para a Saúde (Opas), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fiocruz), 1983.

ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FARIA, L. R. O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração da saúde em São Paulo. Physis – Revista de Saúde Coletiva, 9(1): 175-208, 1999.

FASSIN, D. & DOZON, J. Critique de la Santé Publique. Paris: Balland, 2001.

FOUCAULT, M. La politique de la sante au XVIIIe siècle. In: FOUCAULT, M. Dits et Ecrits. Paris: Gallimard, 1976.

FRANCO NETTO, G. & ABREU, R. Arouca, Meu Irmão: uma trajetória a favor da saúde coletiva. Rio de Janeiro: Contra Capa, Faperj, 2009.

GARCIA, A. A dependency on politics: Fernando Henrique Cardoso and sociology in Brazil. Tempo Social, 16(1): 285-300, 2004.

GARCIA, J. C. La Educación Médica en la América Latina. Washington: OPS, 1972. (Publicación científica, 255).

GARCIA, J. C. Juan Cesar Garcia entrevista Juan Cesar Garcia. In: NUNES, E. D. As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985.

GOULART, F. A. A. Municipalização: veredas – caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.

HOCHMAN, G. A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil [1998]. São Paulo: Hucitec, 2012.

KOBAYASHI, E. et al. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. Sociologias, 22: 314-351, 2009.

KRIEGER, N. Latin American social medicine: the quest for social justice and public health. American Journal of Public Health, 93(12): 1.989-1.991, 2003.

LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LUZ, M. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saúde e Sociedade, 18(2): 304-311, 2009.

MARQUES, M. Sergio Arouca: um cara sedutor. São Paulo: Brasiliense, 2007.

MOTA, A. D. S.; SILVA, J. A. & SCHRAIBER, L. Contribuições Pragmáticas para a Organização dos Recursos Humanos em Saúde e para a História da Profissão Médica no Brasil: a obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

MURARD, L. & ZYLBERMAN, P. La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale apliquée. Archives Européennes de Sociologie, 26(1): 58-89, 1985.

NUNES, E. D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G. W.; MERHY, E. E. & NUNES, E. D. Planejamento sem Normas. São Paulo: Hucitec, 1989.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saúde e Sociedade, 3(2): 5-21, 1994.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 13(3): 909-916, 2008.

NUNES, E. D. et al. (2010). A pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): 1.923-1.934, 2010.

PAIM, J. Desenvolvimento teórico e conceitual do ensino da saúde coletiva. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. v. 2. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/UFRJ, Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (Opas), Ensp/Fiocruz, 1982.

PAIM, J. S. Collective health and the challenges of practice. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). The Crisis of Public Health: reflections for the debate. Washington: PAHO, 1992.

PAIM, J. S. Estratégias para integração multidisciplinar e multiprofissional na prática de saúde: o âmbito da graduação. Revista Baiana de Enfermagem, 2(6): 37-47, 1993.

PAIM, J. Movimentos no campo social da saúde. In: PAIM, J. S. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: Edufba, 2006.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. & ALMEIDA-FILHO, N. Collective health: a new public health or field open to new paradigms? Revista de Saúde Pública, 32(4): 299-316, 1998.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet (North American edition), 377: 9-28, 2011.

PEREIRA, L. Capitalismo e saúde. In: DONNANGELO, M. & PEREIRA, L. (Orgs.) Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976. (Coleção História e Sociedade).

PINELL, P. Naissance d'un Fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940). Paris: A. M. Métailié, 1992.

PINELL, P. Une affaire d'Etat: hygiène et le contrôle des "sauvages de l'interieur". La Recherche, 281, supl.: 20-23, 1995.

PINELL, P. La Lutte contre le Sida en France, 1981-1996. Paris: Presses Universitaires de France, 2002.

PORTER, D. How did social medicine evolve, and where is it heading? PLoS Medicine, 3(10): 1.667-1.672, 2006.

RIBEIRO, P. A Instituição do Campo Científico da Saúde Coletiva no Brasil (1975-1978), 1991. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

RODRIGUES DA SILVA, G. Depoimento oral dado a Cristina Fonseca e Eduardo Stotz. Projeto Memória da Saúde Pública no Brasil, Departamento de Arquivo e Documentação, Serviço de Arquivo Histórico, Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, s.d. Fita cassete.

ROSEN, G. From Medical Police to Social Medicine. Essays on the History of Health Care. 1. ed. New York: New York Science History Publications, 1974.

SANTOS, A. F. D. A Escola Tropicalista da Bahia: registro de uma nova ciência na Gazeta Médica da Bahia (1866-1868), 2008. Dissertação de Mestrado em História da Ciências, São Paulo: Pontifícia Universidade de São Paulo.

SANTOS, R. C. N. A história do projeto Montes Claros. In: FLEURY, S. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

SMITH, J. A. The Idea Brokers: think tanks and the rise of the new policy elite. New York, Toronto: The Free Press, MacMillan, 1991.

TAJER, D. & LAURELL, A. C. Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. American Journal of Public Health, 93(12): 2.023-2.031, 2003.

TEIXEIRA, C. F. et al. O ensino da medicina social na graduação. Revista Brasileira de Educação Médica, 18(1): 11-19, 1994.

TEIXEIRA, S. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (Org.) As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985.

TEIXEIRA, S. F. Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

UCHOA, H. W. & PAIM, E. R. A experiência da Ensp com a descentralização do curso de saúde pública. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde, Abrasco, 1982.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO). Projeto Memória Unirio, 2005. Disponível em: <www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/>. Acesso em: 19 abr. 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. & PAIM, J. S. A saúde coletiva no ensino médico: avaliação de uma disciplina em contexto restritivo. Revista Brasileira de Educação Médica, 1(17): 7-22, 1993.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. & PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. Sociology of Health & Illness, 36(3): 432-446, 2014.

WAITZKIN, H. et al. Social medicine then and now: lessons from Latin America. American Journal of Public Health, 91(10): 1.592-1.601, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Brazil's march towards universal coverage. Bulletin World Health Organization, 88(9): 641-716, 2010.

YAMADA, S. Latin American social medicine and global social medicine. American Journal of Public Health, 93(12): 1.994-1.996, 2003.

Entrevistas à autora[11]

Anamaria Testa Tambellini. Rio de Janeiro, 27 maio 2009, 1h56min.

Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro, 5 maio 2010, arquivo digital, 1h47min.

Carlyle Guerra Macedo. Brasília, 13 nov. 2008, arquivo digital, 1h55min.

Cesar Victora. São Paulo, 3 nov. 2011, arquivo digital, 1h17min.

Euclides Ayres Castilho. São Paulo, 8 jun. 2008, arquivo digital, 1h47min.

Everardo Duarte Nunes. Brasília, 24 abr. 2009, arquivo digital, 1h56min.

Fabíola de Aguiar Nunes. Brasília, 12 nov. 2008, arquivo digital, 1h56min.

[11] Projeto O Espaço da Saúde Coletiva ISC/Ufba (auxílio CNPq processo n. 473126/2009-5).

Francisco de Assis Machado. Salvador, 23 set. 2011, arquivo digital, 59min.

Hesio Albuquerque Cordeiro. Rio de Janeiro, 26 mar. 2009, arquivo digital, 1h16min.

Hillegonda Maria Dutilh Novaes. Novaes. São Paulo, 9 jun. 2008, aquivo digital, 2h9min.

Jairnilson Silva Paim. Salvador, 28 maio 2008, arquivo digital, 3h12min.

José Augusto Cabral de Barros. São Paulo, 15 nov. 2011, arquivo digital, 56 min.

José Carvalho Noronha. Salvador, 7 jun. 2010, arquivo digital, 1h32min.

José da Rocha Carvalheiro. Salvador, 12 maio 2011, arquivo digital, 1h30min.

José Paranaguá Santana, Brasília, 11 nov. 2008, arquivo digital, 1h49min.

Julio Muller. Salvador, 16 out. 2008, arquivo digital, 1h59min.

Lilia Blima Schraiber. São Paulo, 7 jun. 2008, arquivo digital, 1h49min.

Madel Therezinha Luz. Rio de Janeiro, maio 2009, arquivo digital, 1h 3min.

Maria Andrea Rios Loyola, Rio de Janeiro, 21 maio 2009, arquivo digital, 1h11min.

Maria Cecília de Souza Minayo. Rio de Janeiro, 28 maio 2009, arquivo digital, 1h34min.

Maria do Carmo Leal. Rio de Janeiro, 21 maio 2009, arquivo digital, 1h12min.

Moisés Goldbaum. São Paulo, 6 jun. 2008, arquivo digital, 1h39 min.

Naomar Monteiro de Almeida Filho. Salvador, 28 maio 2012, arquivo digital, 3h14min.

Paulo Eduardo Mangeon Elias. Salvador, jun. 2010, arquivo digital, 1h33min.

Paulo Marchiori Buss. Salvador, 29 set. 2009, arquivo digital, 56 min.

Reinaldo Felipe Nery Guimarães. Brasília, 18 out. 2010, arquivo digital, 1h36min.

Rita Barradas Barata. Salvador, 8 mar. 2010, arquivo digital, 1h 40min.

Roberto Figueira Santos. Brasília, 7 nov. 2008, arquivo digital, 2h5min.

Roberto Passos Nogueira. Brasília, 13 nov. 2008, arquivo digital, 1h56min.

Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva. São Paulo, 2 jun. 2008, arquivo digital, 1h45m.

Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio de Janeiro, 25 mar. 2009, arquivo digital, 1h11min.

A Abrasco na Construção do SUS (1979-1990): ação política na saúde

Carlos Henrique Assunção Paiva
Cristina Maria Oliveira Fonseca

No fim de setembro de 1979, cinquenta e três sanitaristas assinaram a ata de fundação de uma associação científica que, de forma anunciada, expressava sua intenção de atuar na interseção entre o campo político em processo de transformação; as reflexões e novas concepções sobre a saúde pública; e a formação e especialização profissional na saúde. Então batizada como Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, foi, dessa forma, capaz de reunir personagens oriundos de diferentes matizes, filiações ideológicas e inserções institucionais tanto na vida acadêmica nacional quanto no aparelho de Estado brasileiro. Sua primeira diretoria foi composta por Frederico Simões Barbosa, Guilherme Rodrigues da Silva e Ernani Braga,[1] iniciando um empreendimento institucional que, pelo seu vigor e longevidade, alteraria as bases da saúde pública nacional e desempenharia papel protagonista no apoio e na construção de um renovado sistema de saúde (Coimbra Jr., 1997).

Como associação de profissionais, sua identidade institucional sugere, de imediato, uma rigorosa circunscrição àquilo que imaginamos como componente e característico do campo científico, em oposição à condução dos assuntos políticos. Entendemos, contudo, a Abrasco como expressão de uma certa ciência intencionalmente engajada. Seja porque, em sua primeira hora, dedicou-se a pensar e trazer contribuições acerca de questões que, embora

[1] Frederico Simões Barbosa, àquela altura com 63 anos de idade, já era um renomado pesquisador de saúde pública, reconhecido pelo vigoroso trabalho no Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Ernani Braga, médico sanitarista com atuação na saúde pública há várias décadas, havia assumido alguns meses antes a Vice-Presidência da Fiocruz e a Diretoria da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e, no ano seguinte, seria indicado representante do Brasil no conselho da Organização Mundial da Saúde (OMS). Guilherme Rodrigues da Silva era professor no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), figura que, já naquela época, tinha seu trabalho na área de epidemiologia reconhecido pelos pares.

apresentadas no território acadêmico, tinham repercussão direta nos problemas associados à saúde pública nacional; seja, ainda, porque – como veremos ao longo deste capítulo – sua contribuição também deu-se na forma de uma militância direta em alguns dos espaços mais decisivos no processo de construção de uma renovada política de saúde no Brasil.

Perguntamos, como ponto de partida, se mesmo a sua produção científica mais dura – promovida, como regra, pelos epidemiologistas – poderia ser considerada fora do horizonte da melhoria dos problemas de saúde instalados no país. Não esteve essa produção, ou parte expressiva dela, sempre dialogando com a necessária capacidade de resposta de um sistema de saúde que se pretendia estar em sintonia com as necessidades de seus usuários?

É preciso, no entanto, reconhecer que a relação ciência e política, a depender do contexto e dos condutores da Abrasco, sofreu diferentes níveis de densidade. Em determinados contextos, por exemplo, o nível de politização da associação é visível e se expressou em documentos oficiais ou da participação de seus membros em discussões eminentemente de ordem política, como aquelas ocorridas na Assembleia Nacional Constituinte. Espaços e situações como essas, de flagrante politização, são alvo de interesse deste capítulo.

O nível de politização é inseparável das condições concretas que definiram aquele período. De um lado, a ditadura militar dava inequívocos sinais de enfraquecimento. Há mais de uma década no poder, os militares legavam um país com graves problemas. O sistema político e os grupos de oposição se encontravam muito fragilizados, a crise social batia à porta das classes médias, os mais pobres enfrentavam dificuldades nos campos da carestia, da fome e da doença. No fim dos anos 1970, a crise econômica e social era grave. De outro lado, construía-se, ao mesmo tempo, um período de esperanças. O fim do regime apresentava-se finalmente como a oportunidade de construção de um país em novas bases.

Nessa linha, os movimentos sociais cresciam no âmbito de diferentes segmentos da sociedade aglutinando diversos atores em torno de questões também muito diversas, que agrupavam herdeiros da tradição militante da Igreja católica amparados na Teologia da Libertação e nas comunidades eclesiais de base, como também remanescentes da Ação Católica e profissionais vinculados à Pastoral da Saúde, culminando no que seria o Movimento Popular de Saúde (Mops). Agregadas a outros movimentos da sociedade civil, como as associações de bairro/moradores, as experiências de medicina comunitária e os grupos a elas vinculados, as discussões se davam em torno da participação ou não nas instâncias institucionais, de forma a manter a autonomia em relação aos partidos e ao governo (Doimo & Rodrigues, 2003). É nesse contexto, portanto, em que as organizações da sociedade civil proliferavam e se tornavam cada vez mais presentes no espaço e no debate político nacional, que a Abrasco seria criada, constituindo-se como mais uma entidade a definir seu papel nesse cenário nacional.

Em sua concepção, a associação juntava à experiência de renomados pesquisadores a juventude e o vigor daqueles que, se não davam os seus primeiros passos, estavam ainda

por construir suas longas trajetórias no campo. Esse conjunto de pessoas, com base em diferentes experiências e inserções, articularam-se com diversos outros personagens e instituições, em um movimento que produziu dois importantes efeitos: de um lado, a jovem associação fortaleceu-se institucionalmente; de outro, como parte de seu próprio processo de fortalecimento, a entidade e seus membros passaram a desempenhar importante papel em apoio à Reforma Sanitária e à construção de um sistema de saúde renovado no Brasil.

Muitos de seus personagens tinham também origem em outra organização decisiva no processo de amadurecimento das propostas para a reforma na saúde. Referimo-nos ao Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). Fundado em São Paulo, cerca de três anos antes da criação da Abrasco, o centro tem desempenhado, até nossos dias, juntamente com a associação, importante papel como ator político e como instituição de natureza técnico-científica nos assuntos da saúde pública. No Cebes militaram figuras como Sergio Arouca, David Capistrano Filho, Carlos Gentille de Mello e Eleutério Rodriguez Neto (Sophia, 2012; Fleury, 1997; Rodrigues Neto, 1997). Esse último não só ocuparia a Vice-Diretoria da Abrasco em 1987 e 1988 como também representaria a associação nas discussões conduzidas na Constituinte. Os laços entre os dois organismos, portanto, se revelariam, desde muito cedo, muito estreitos.

Sem perder de vista esse contexto, neste capítulo discute-se, no momento da implantação da democracia no país, a participação da Abrasco na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As conexões de seus integrantes com outras organizações, inclusive políticas, são muito extensas, impossíveis de serem integralmente contempladas nos limites deste trabalho. Tendo em vista tais limites, o capítulo encontra-se organizado em quatro seções. Na primeira, com base em um contexto de crescente politização da sociedade, discutimos o amadurecimento e a construção de um ponto de vista institucional – visível em fóruns, eventos e publicações organizadas pela Abrasco – sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro. Em um segundo passo, ingressamos no mais importante fórum de decisão em torno do marco legal da Constituição de 1988: a Constituinte e o seu processo preparatório. A nova carta constitucional não só imprimiu novos contornos legais e institucionais para a saúde no Brasil como também apontou para um cenário de novas perspectivas para a saúde pública no país. Estas últimas serão mais exploradas no terceiro segmento, quando não só descrevemos o posicionamento institucional da Abrasco no âmbito do processo constituinte, como também passamos em revista algumas das principais posições que tensionaram o debate sobre a organização da saúde no Brasil. Parte daquelas tensões, como veremos, ainda não foi de todo superada. Na última seção, a título de conclusão, avançamos além do período analítico definido e tentamos dialogar com contextos e circunstâncias em que a associação tem posto em prática seu viés político.

Fóruns de Debates, Propostas e Decisões: construindo uma agenda política para a saúde

Até abril de 1983, quando é realizado seu primeiro encontro em âmbito nacional, a Abrasco promoveu uma intensa agenda de discussões e iniciativas em diversos campos acadêmicos.[2] O 1º Fórum Nacional de Residências em Medicina Preventiva e Social, em julho de 1981; o seminário nacional sobre os cursos descentralizados de saúde pública, em outubro de 1981; e o seminário sobre epidemiologia, em novembro de 1981, são exemplares.

A realização de um primeiro encontro nacional, em São Paulo, nos dias 17 a 21 de abril de 1983, sem se afastar de sua originária vocação acadêmica, é um marco de uma orientação política mais clara por parte da Abrasco. O lema do evento, "A política nacional de saúde", revela a centralidade que a discussão sobre política de atenção à saúde teria, naquele período, na agenda institucional da associação.

Nessa linha, o processo preparatório e a realização do congresso produziram o que Soraya Almeida Belisário (2002) chamou apropriadamente como a "hora política" da associação. O texto de apresentação do evento, destaca a autora, não deixa de considerar a trajetória da associação em sua dialética: produção do saber e luta política, a qual, de acordo com a perspectiva adotada pela sua diretoria de 1985 a 1987, representava, no microcosmo da Abrasco, o próprio processo de construção de uma nova sociedade. A raiz científica da associação é sublinhada quando a mesma diretoria caracteriza o congresso como um "fórum científico com caraterísticas marcadamente políticas" (Abrasco, 1986a).

A crescente politização da Abrasco, se assim podemos dizer, situava-se também em um ambiente de encontros entre várias entidades bastante atuantes na luta pela instauração da democracia no país. Organizações como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) reuniam-se nos encontros anuais organizados por esta última. A Abrasco era integrante ativa desses eventos (Radis, 2008).

Estávamos em um período tanto difícil quanto decisivo na história do país. A insatisfação social era visível, as condições para o governo João Figueiredo fazer o seu sucessor praticamente caíam por terra. Em meio à aceleração da transição para a democracia, os movimentos sociais se intensificavam. Movimentos ligados às questões fundiárias e às causas da população negra e da mulher, entre outros grupos de pressão, organizaram-se para lutar pelos seus direitos. Nas maiores cidades, sob o impulso da crise econômica que se intensificava, vários movimentos contra a fome e a miséria, bem como contra problemas urbanos associados à carestia, começaram a brotar e imprimir, na agenda da sociedade, uma pauta bastante sensível para questões sociais. Nesse contexto, temáticas associadas às

[2] Em abril de 1983, a Abrasco organizou em São Paulo um primeiro encontro em âmbito nacional. Com as dimensões e características que mais ou menos conhecemos hoje, no entanto, só ocorreria um novo evento em setembro de 1986. Realizado na cidade do Rio de Janeiro, seria reconhecido como o primeiro de uma série de congressos nacionais.

áreas da saúde, da educação e da habitação tornavam-se cada vez mais valorizadas. Por fim, como parte do mesmo cenário, um movimento que pedia o retorno das eleições diretas para presidente da República começava a ganhar força. Era o Movimento das Diretas Já, que agitou o Brasil justamente em 1983 e 1984 (Sallum Jr., 1994).

A despeito da imensa euforia da parte de setores consideráveis da opinião pública, a campanha em torno das diretas não conseguiu fazer valer sua vontade. Encampada no Congresso Nacional pela Emenda Dante de Oliveira, em 25 de abril de 1984, a proposta foi derrotada no plenário da Câmara dos Deputados. Com isso, a escolha do novo presidente teve de ser feita mais uma vez pela via indireta. Mas as frentes de batalha eram várias. Uma delas certamente envolvia um front decisivo: o processo de construção de uma nova constituição democrática que fosse capaz de abrigar uma agenda social, suscetível de saldar a imensa dívida legada pelas últimas décadas de ditadura.

Nesse mesmo contexto, a Abrasco organizava aquele que entraria formalmente para a história como o seu primeiro congresso nacional. Realizado em setembro de 1986, na cidade do Rio de Janeiro, contou com a participação de cerca de dois mil profissionais. Com o tema "Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde", a associação colocava em seu imediato horizonte o debate acerca das posições e orientações que deveriam nortear o processo de Reforma Sanitária e a construção do sistema de saúde (Abrasco, 1986a).

Proferido por Sebastião Loureiro, então presidente da associação, o texto de abertura do congresso não faz rodeios: às vésperas da elaboração de uma nova Constituição, seu discurso apresentava como objetivo principal a "garantia do direito universal à saúde", expressão que, não à toa, seria o tema do evento. No mesmo discurso de abertura, enfatizou-se a participação da associação naquele que seria um dos espaços mais importantes do processo da Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada em março daquele ano, e ressaltou-se o impacto de dois documentos assinados pela associação: "Pelo direito universal à saúde" e "Pela Reforma Sanitária",[3] os quais, segundo a diretoria, teriam demonstrado o alinhamento da Abrasco aos ideais reformistas discutidos em todo o país durante as pré-conferências e mesmo durante a 8ª CNS (Abrasco, 1986a, 1986c).

Na plenária final do congresso, o médico sanitarista Eleutério Rodriguez Neto apresentou e teve aprovada a proposta feita pela Abrasco, elaborada com base no relatório final da 8ª CNS, para as discussões da Assembleia Nacional Constituinte. Organizado em seis artigos, o texto traz a posição da entidade com relação aos princípios e aos elementos mais organizadores do sistema de saúde, inclusive, àquela altura, abrindo a possibilidade para a participação do setor privado na prestação dos serviços de saúde, desde que nas condições definidas pelo setor público.

[3] Ambos os documentos tiveram tiragem bastante expressiva. O primeiro, por exemplo, teve cerca de 17 mil exemplares e foi distribuído, além de seus associados, para profissionais da saúde, estudantes e professores universitários, vereadores, deputados e o Congresso Nacional (Abrasco, 1986c).

A capacidade de mobilização da Abrasco no desenvolvimento das atividades de seu primeiro congresso brasileiro é digna de nota. Além dos profissionais de diversas instituições voltadas para o ensino e para a pesquisa de todo o país, registramos a participação e a estreita parceria com integrantes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Ministério da Ciência e Tecnologia; políticos de centro-esquerda e esquerda das mais variadas tendências partidárias (PMDB, PDT, PT, PSB, PCB); e figuras já consagradas no campo científico em âmbito internacional, como o médico sanitarista italiano e então senador Giovanni Berlinguer e a socióloga francesa Claudine Herzlich – que, como conferencistas, prestigiaram a iniciativa. A presença de Berlinguer mereceria um capítulo à parte. Figura decisiva na condução da reforma sanitária italiana, sua presença, por si só, já era um indicativo do tônus político da associação àquela altura (Abrasco, 1986b).

Para pensarmos a atuação política da Abrasco, não poderemos deixar de mencionar um dos seus principais canais de interação com a sociedade, a Comissão de Políticas de Saúde. Criada em janeiro de 1986, contou com a liderança de Sonia Fleury Teixeira (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), como presidente; Regina Giffoni Marsiglia (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo), Maria Eliana Labra (Escola Nacional de Saúde Pública), Amélia Cohn (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), Madel Terezinha Luz (Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e Carmem Fontes Teixeira (Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia). Segundo Ana Maria Canesqui (2008), a Comissão de Políticas de Saúde atuava fortemente na formulação e vocalização da reforma da saúde defendida pela Abrasco e sua militância.

A atuação da comissão e de seus membros durante o congresso também foi um capítulo à parte. Sonia Fleury Teixeira ficou encarregada da condução da primeira mesa-redonda do evento, cujo tema foi "Reforma Sanitária", mesa que contou com a presença de José Hermógenes (Ministério da Saúde), Hesio Cordeiro (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps) e Cristina Possas (Fiocruz).[4] A partir daí, deu-se o tom do congresso: a centralidade das discussões sobre a Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde. No segundo dia do evento, a mesa "Estratégia de construção do SUS", coordenada por Guilherme Rodrigues Silva (Universidade de São Paulo – USP) – que seria o próximo presidente da Abrasco –, com a colaboração de Sergio Arouca (Fiocruz), José Carvalho Noronha (Inamps), Eugenio Vilaça Mendes (Opas) e Paulo Eduardo Elias (USP), colocou em questão as iniciativas necessárias e os maiores desafios para a construção do SUS. O Sistema Único de Saúde estava, assim, no topo da agenda da associação.

No último dia de congresso, Frederico Simões Barbosa, ex-presidente da associação, coordenou a mesa "Força de trabalho em saúde e a Reforma Sanitária". O tema, agenda fundadora da associação, foi discutido por Francisco Eduardo Campos (Universidade Federal

[4] No programa, durante a exposição dos membros da mesa, Cristina Possas é vinculada à Abrasco; posteriormente, na sequência da programação dos eventos, em novo debate do qual seria coordenadora ("Saúde e Constituinte"), surge a vinculação à Fundação Oswaldo Cruz.

de Minas Gerais), Roberto Passos Nogueira (Opas), Tânia Celeste Matos Nunes (Ministério da Saúde) e Tereza Souza (Mops). A declaração final do evento, sem deixar de manifestar fortes preocupações quanto ao contexto político e social nacional, reafirmou:

> a necessidade da continuidade no processo de mobilização social em torno da Reforma Sanitária; o apoio à Comissão Nacional de Reforma Sanitária (...); o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS [Ações Integradas de Saúde] (...); a necessidade de construção de uma frente popular pela Reforma Sanitária (...); e o nosso engajamento decisivo no processo Constitucional estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Nova Constituição. (Abrasco, 1986d: 1)

O texto, assinado pela plenária do congresso, em tom de balanço, afirmava que o primeiro encontro nacional da Abrasco teria sido um marco importante na consolidação das propostas e na conformação de uma agenda de ainda mais consenso em torno dos princípios e diretrizes da reforma, uma vez que o evento teria permitido a união de forças progressistas em torno das definições estabelecidas na 8ª CNS – fortalecendo, por essa via, os encaminhamentos políticos que dariam continuidade ao movimento. Em termos práticos, registram-se os avanços no debate de estratégias para implantação da reforma no que tange à estatização e descentralização, ao controle social, ao serviço prestado de forma equânime e universalizado no atendimento integral à população.

Dados seu volume e consequências institucionais, a 8ª CNS foi um evento cujo impacto na trajetória política de construção do SUS é amplamente reconhecido tanto por militantes quanto por estudiosos. Contou com a presença de milhares de representantes provenientes de diversas entidades da sociedade civil, profissionais da saúde, usuários e prestadores dos serviços de saúde. Por essa razão foi a primeira das conferências, desde que se iniciaram em 1941, que se abriu para a chamada participação popular. A Abrasco se fez presente com cinco delegados oficiais e quinze outros representantes que mantiveram firme posição na defesa de uma reforma no sistema de saúde então vigente. A quantidade de referências e estudos sobre o evento revela sua importância e significado para o processo de construção da saúde como um direito de todos e um dever de Estado – sem dúvida, seu maior legado (Carvalho, 1995; Escorel, 1999; Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

Ao mesmo tempo consequência das deliberações e propostas da 8ª CNS e também do papel político protagonizado pela associação na conferência, é criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Instalada formalmente em Brasília, no início de setembro de 1986, sua principal missão foi sugerir novos formatos para a organização do sistema de saúde, propor meios para melhor articulação intersetorial e apoiar melhorias no planejamento setorial.[5] Em sua primeira reunião de trabalho, a comissão aprovou documento de contribuição

[5] A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, sob a coordenação geral de Arlindo Fábio Gomes de Souza, foi constituída por 24 pessoas, entre elas Sergio Arouca, Hesio Cordeiro, João Yunes, Nelson Rodrigues dos Santos, representantes do Senado e da Câmara, bem como de organizações sindicais e de representação de trabalhadores (Abrasco, 1986c).

da Abrasco construído em seu primeiro congresso, "Proposta do conteúdo saúde para a Constituição". A partir daí, em uma relação sinérgica, a Abrasco e a CNRS caminhariam juntas rumo à Constituinte.

Na perspectiva de Sebastião Loureiro, a atuação da Abrasco na 8ª CNS reforçou as orientações políticas adotadas pela associação. Em suas palavras:

> Após a VIII Conferência concentramos os nossos esforços na articulação política, de um lado, nos integrando aos movimentos sociais a exemplo do Movimento de Renovação Médica e, de outro, nos aproximando das comissões de redação do Capítulo da Seguridade Social, no qual se incluíam os artigos sobre Saúde, da Assembleia Nacional Constituinte. (Abrasco, 2004: 7)

No ano seguinte à realização da 8ª CNS, no dia primeiro de fevereiro de 1987, é instalada a Assembleia Nacional Constituinte. Seus trabalhos encerraram-se no dia 2 de setembro de 1988, após a votação e a aprovação do texto final da Constituição. Foram tempos de esperança, mas também de grandes e generalizadas incertezas. Na saúde, no mês seguinte ao início dos trabalhos da Constituinte, ocorreu a demissão do médico sanitarista Hesio Cordeiro da Presidência do Inamps. Um fato que nos dá um pouco a medida das disputas e da beligerância em torno dos assuntos da saúde e do controle dos processos institucionais de mudança.

Ainda em fevereiro de 1986, problemas dessa ordem já surgiam. Em resposta à reforma ministerial de dezembro de 1985, a Abrasco participou da elaboração da Carta da Saúde, encaminhada ao presidente da República e aos membros do Congresso Nacional. Por seu intermédio, chamava-se a atenção para a necessária continuidade do processo de Reforma Sanitária, processo que se encontrava ameaçado já naquele momento pela retirada de dirigentes afinados com os ideais reformistas de postos considerados chave na estrutura do Estado.

Não há dúvidas, contudo, de que a principal trincheira de batalha no horizonte da Abrasco e da militância do movimento sanitário seria a Constituinte. O Boletim n. 20, de outubro-dezembro de 1986, chama a atenção:

> No momento precisamos, por um lado, buscar o apoio dos constituintes para que os princípios básicos da Reforma Sanitária brasileira sejam incluídos na carta constitucional. Alguns dos constituintes eleitos já têm compromisso ideológico com as teses da Reforma Sanitária, precisamos, entretanto, estar vigilantes para reforçar esta posição. (Abrasco, 1986c: 1)

A Abrasco e a Constituinte

Segundo Márcia Teixeira de Souza (2003: 38),

> as Assembleias Constituintes quase por definição espelham momentos de tensão e de conflitos, uma vez que são instaladas para instituir um novo ordenamento do poder, ao mesmo tempo em que, simbólica e efetivamente, devem alterar ou eliminar a moldura política antecedente.

Assim, caracterizam momentos de transição, de mudanças institucionais e reordenamento dos grupos e locais de poder. "O que se aguarda de uma Constituição é que ela seja uma espécie de âncora institucional ao estabelecer parâmetros duradouros para a ação dos governos e para as funções do Estado" (Souza, 2003: 39). Nesse contexto, a percepção sobre o passado político recente influenciaria a conduta dos atores participantes desse processo, interferindo sobre sua postura favorável a manter ou alterar a situação vigente. De acordo com essa lógica, Souza (2003) ressalta que a pactuação em torno de um novo arranjo institucional a ser delimitado pela nova Constituição seria realizado em um ambiente de ambiguidades, incertezas, conflito de interesses e instabilidade.

No caso da nossa nova Carta de 1988, outro aspecto também teria repercussões sobre o processo. Naquele momento, não contávamos com um texto-base para auxiliar o início dos trabalhos dos constituintes, como ocorrera anteriormente com as constituições de 1891 e de 1934. Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte, propôs inicialmente os mesmos procedimentos adotados em 1946, sugerindo a nomeação de uma comissão de parlamentares para elaborar esse texto-base, mas sua proposta foi rejeitada. Esbarrou na resistência dos membros do Congresso com base no argumento de que deveria haver democratização das decisões e todos os parlamentares deveriam ter o mesmo direito de participar da confecção da Carta.

Somava-se ainda a esse quadro o fato de que, como mencionamos anteriormente, o contexto de transição política gerou a formação de vários grupos e associações representantes de diferentes interesses, que almejavam intervir no processo institucional e assegurar seus direitos. Tal modelo de ampla participação favorecia, portanto, as demandas dos grupos de interesse. Souza (2003: 41) enfatiza "a intensa presença de inúmeros grupos e segmentos organizados da sociedade que estabeleceram contato com os constituintes durante os trabalhos constitucionais".

Nesse cenário, sem um ponto de partida para a discussão, estabelecer uma rotina de trabalho para os constituintes tornava-se mais difícil. Era fundamental definir-se um regimento interno que pelo menos orientasse o processo de discussão e votação. A presidência da Assembleia Nacional Constituinte reconheceu também que não tinha um mecanismo administrativo para orientar os trabalhos, e diante desse impasse ficou acordado que todos os parlamentares teriam participação no processo constitucional. E assim foram elaborados os 86 artigos do regimento interno da assembleia, que, associados aos regulamentos das comissões e aos regimentos internos da Câmara e do Senado, definiram as regras do jogo no processo constituinte. No acordo final, os 559 constituintes foram distribuídos em oito comissões temáticas, e estas divididas em três subcomissões de 21 membros cada, debatendo temas conexos (Souza, 2003; Nogueira, 2001).

Segundo o regimento interno aprovado ainda em fevereiro, a dinâmica dos trabalhos envolveria a participação social por intermédio de audiências públicas (art. 14) e da apreciação

de emendas populares com trinta mil assinaturas (art. 24). A fragmentação do processo decisório que esse modelo consagrou terminou por expor a necessidade de uma comissão de sistematização, instância na qual as divergências e contradições observadas nas propostas apresentadas por tantos grupos fossem solucionadas, na busca de um texto de maior coesão (Souza, 2003).

Foi nesse cenário de ampla participação política – com regras que possibilitavam e almejavam igualdade de intervenção e atuação para os parlamentares – que os atores vinculados às demandas específicas da área da saúde agiram e procuraram definir estratégias para assegurar o êxito do que os setores organizados da saúde pleiteavam. Entre eles estariam a Abrasco e seus associados/representantes.

A Subcomissão de Saúde

As discussões sobre saúde iniciaram-se no dia 7 de abril de 1987, no âmbito da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, uma das subcomissões que integravam a Comissão da Ordem Social da Constituinte. Ela era composta por 21 constituintes e 21 suplentes, sem maioria clara favorável à Reforma Sanitária.[6]

Nos trabalhos da subcomissão, além de parlamentares, foram ouvidos representantes da área científica e ética profissional, como conselhos e associações, a exemplo da Associação Paulista de Saúde Pública e também da Abrasco. A subcomissão foi presidida desde o início dos trabalhos pelo médico e farmacêutico José Elias Murad (PTB-MG), e a relatoria ficou a cargo de Carlos Mosconi (PMDB-MG), este último um decisivo aliado dos ideais da Reforma Sanitária. O parlamentar Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho (PT-SP) também teve papel de destaque no apoio à reforma.

Três grupos relativamente organizados apresentaram propostas: o primeiro vinculado ao projeto da Reforma Sanitária, organizado no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e no Centro de Estudos de Acompanhamento da Constituinte, ambos da Universidade de Brasília (UnB), contando com a participação do Cebes, da Abrasco e de outras organizações. Esse imenso bloco apostava na estatização do sistema de saúde. Um segundo grupo representava os interesses do setor privado, defendendo e valorizando a privatização dos serviços de saúde, em uma posição exatamente contrária àquela apresentada pelo grupo anterior. Por fim, havia um grupo que representava os interesses da forte burocracia instalada nos ministérios da Saúde e da Previdência Social. Esses, ainda que insatisfeitos com o modelo vigente, viam com desconfiança ideias de unificação do sistema de saúde.

Um bloco suprapartidário, somado a organizações sindicais e várias entidades, entre elas a Abrasco, defendeu a inclusão das propostas provenientes da 8ª CNS no processo

---

6 Entre eles, Adylson Motta, Alarico Abib, Carlos Mosconi, Eduardo Jorge, Eduardo Moreira, Fábio Feldmann, Floriceno Paixão, Francisco Rollemberg, Geraldo Alckmin, Joaquim Sucena, Jorge Uequed, José Elias Murad, Júlio Campos, Maria de Lourdes Abadia, Oswaldo Almeida, Raimundo Bezerra, Roberto Vital e Almir Gabriel.

constituinte. Em meio às resistências, no início do junho de 1986, realizou-se o Dia Nacional de Coleta de Assinaturas em Apoio à Proposta de Emenda ao dispositivo saúde do projeto de Constituição, apresentada por Abrasco, Central Única dos Trabalhadores (CUT), Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) e outras organizações. Rejeitada na 8ª CNS a proposta de uma imediata estatização do sistema de saúde, o bloco propõe, com base no que era defendido por lideranças do PMDB, uma total e progressiva estatização da assistência à saúde no prazo de dez anos, além da destinação de 13% das receitas federais para a saúde. A proposta de emenda foi entregue aos presidentes da Comissão de Ordem Social, Edme Tavares (PFL-PB), e da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, José Elias Murad (PTB-MG).

No dia 29 de abril, a Abrasco também seria ouvida pela subcomissão. Carlos Mosconi encaminhou às mãos da presidência telegrama da Abrasco, em que a associação solicitava audiência pública à subcomissão. O médico Eleutério Rodriguez Neto falaria em nome da Abrasco (Brasil, s.d.).[7]

Propostas institucionais

Com base em um texto assinado por Eleutério – que, por sua vez, baseava-se no Relatório Final da 8ª CNS –, a Comissão de Política da Abrasco, então presidida por Sonia Fleury Teixeira, elaborou a proposta da associação para a reforma da saúde pública brasileira, que seria apresentada naquele dia 29 de abril na Comissão de Saúde.

A Abrasco manifestou sua concordância com a proposta para reorganização do sistema de saúde feita pela CNRS. Alguns pontos merecem destaque na posição da associação, que defendeu: 1) a necessidade de ampliação do conceito de saúde para além da noção de assistência e prevenção; 2) o direito à saúde como dever de Estado, e não somente como uma obrigação setorial a ser cumprida por iniciativas pontuais de governo; 3) em termos de diretriz organizacional, o comando único em cada esfera de governo como forma de responsabilizar o Estado pela saúde; 4) o desenvolvimento de iniciativas que garantissem a integralidade do cuidado; 5) a descentralização da gestão do sistema de saúde; 6) a participação social como um componente da gestão do sistema. Tal como a CNRS, a Abrasco entendeu, ainda, que era necessário criar uma rede nacional do serviço de saúde. Tal rede, segundo a fala de seu representante, deveria ser eminentemente pública; mas, em virtude de a rede hospitalar contratada ser bastante expressiva, a associação considerou que o setor privado ainda deveria "ser chamado a colaborar" (Brasil, s.d.: 115), embora, nas palavras de Eleutério, devesse estar subordinado às diretrizes técnicas do sistema de saúde.

[7] Vários outros abrasquianos tiveram papel decisivo nas discussões da Constituinte, mas nem sempre o fizeram como representantes estritos da associação. Arlindo Fábio Gomes de Souza, por exemplo, em sessão do dia 22 de abril, foi ouvido como representante da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (Brasil, s.d.: 56). Hesio Cordeiro, em diversas ocasiões, esteve presente como presidente do Inamps; José da Rocha Carvalheiro, como representante da SBPC, e outros.

Nos debates da Comissão da Saúde, a associação se posicionou ainda sobre dois pontos considerados essenciais para a organização do SUS: o financiamento e a unificação do sistema de saúde. Sobre o primeiro ponto, a entidade considerou que os gastos com saúde deveriam atingir 10% do Produto Interno Bruto (PIB) – naquele momento se gastava menos que 4%. Entendeu, igualmente, que o sistema nacional de saúde deveria ser financiado com recursos do Tesouro, da União, dos estados e dos municípios, num percentual mínimo de 12% das suas receitas tributárias.

A posição da Abrasco foi firme quanto à necessidade de o Ministério da Previdência e Assistência Social continuar participando do financiamento do setor Saúde, pelo menos até que se alcançasse um total de 10% do PIB com gastos em saúde. A associação considerou que a ausência da Previdência, naquele momento, soterraria o projeto da Reforma Sanitária.

Outro tema que também mereceu destaque foi o referente aos insumos. A associação avaliou que não se deveriam considerar os insumos básicos do setor da saúde, como medicamentos, equipamentos, sangue, imunobiológicos, assim como a formação e gestão do trabalho e toda política de desenvolvimento científico e tecnológico, como questões secundárias na arquitetura de um renovado sistema de saúde. Seria necessário, conforme argumentou seu representante, fazer com que esses elementos se articulassem com as necessidades da política nacional de saúde. Nesse sentido, a Abrasco considerou a pertinência da implantação de mecanismos claros e uma subordinação das políticas setoriais – de abastecimento, de insumos imunobiológicos, de medicamentos, de recursos humanos, de ciência e tecnologia – à política nacional de saúde.

Em diálogo com o deputado Carlos Mosconi, a Abrasco ainda se pronunciou especificamente a respeito da questão dos trabalhadores da saúde. Considerado ponto de estrangulamento fundamental para a organização do sistema de saúde brasileiro, a superação da problemática relativa à formação de pessoal e à gestão do trabalho foi relacionada a várias outras iniciativas, como o tema do emprego único no setor público e a supressão de privilégios que seriam concedidos a algumas profissões, especialmente à categoria médica. A Abrasco manifestou posição favorável com relação ao estabelecimento de pisos salariais confome as categorias profissionais, em nível nacional, mas considerou oportuna a elaboração de planos de carreira, de cargos e salários regionalizados. Igualmente mostrou-se favorável a uma radical mudança da relação entre ensino e assistência, no sentido de que toda a rede de prestação de serviços fosse considerada como campo de aprendizagem dos profissionais da saúde, e não somente os hospitais universitários tradicionais.

No que tange ao papel da universidade no novo sistema de saúde, a Abrasco considerou que as instituições de nível superior deveriam estar voltadas não apenas para a formação de mão de obra para operação dos serviços assistenciais de saúde, mas também para a formação de quadros para a produção, o desenvolvimento científico e tecnológico. Agenda, na

perspectiva da associação, que se fazia necessária para que o setor da saúde adquirisse sua autonomia na área de medicamentos e de equipamentos de imunobiológicos. A chamada questão de recursos humanos, portanto, segundo entendimento da Abrasco, no âmbito da Constituinte estaria voltada para duas dimensões: formação de pessoal para a assistência e formação de pessoal para o sistema de ciência e tecnologia. Uma visão, como se vê, bastante ampliada, que abarcava a real sustentabilidade do sistema de saúde que se desejava implantar.

A Finalização dos Trabalhos

Com tamanho volume de informações a serem sistematizadas em um tempo muito curto estabelecido pelo regimento, o relator se viu obrigado a organizar um comitê auxiliar, cujos membros se tornariam algum tempo depois os relatores adjuntos. Os constituintes Adolfo de Oliveira (PL-RJ), Antônio Carlos Konder Reis (PDS-SC), Fernando Henrique Cardoso (PMDB-SP) Nélson Jobim (PMDB-RS) e Wilson Marins (PMDB-MS) foram os responsáveis pela coordenação e redação (Nogueira, 2001).

Paralelamente, grupos suprapartidários foram sendo articulados com o objetivo de influir no trabalho dos relatores. Dentre esses grupos, três começaram a se destacar: o Grupo dos 32, liderado pelo senador José Richa (PMDB-PR), que chegou a elaborar anteprojetos informais; o Grupo do Consenso, que reunia parlamentares de centro e centro-esquerda; e um grupo conservador que, agregando a parcela conservadora da Assembleia, ganhava força estimulado pelo governo Sarney (Nogueira, 2001). Nesse quadro, no início de 1988 circulavam no Congresso Nacional duas propostas apresentadas como substitutivos ao projeto da Constituição, segundo desenho realizado pela Comissão de Sistematização: o projeto identificado com um grupo que se convencionou chamar Centrão e o do Grupo dos 32.

Segundo Souza (2003), o senador Mário Covas conduziu a esquerda do PMDB para os postos das relatorias e criou um descompasso entre a maioria do plenário e os constituintes reunidos na Comissão de Sistematização. "O centrão, de perfil liberal-conservador, se insurgiu contra as regras do regimento interno da assembleia que dificultavam a alteração do texto aprovado pela comissão" (Souza, 2003: 45).

Nogueira (2001: 385) também chama a atenção para o fato de que

> Na etapa das comissões, também começou a ser selado o fim da Aliança Democrática, ocorrendo a aproximação do governo com os setores de centro e direita. Uma das principais motivações foi a escolha feita pelo líder Mário Covas dos relatores peemedebistas, em sua maioria de centro-esquerda, fato que desagradou o Palácio do Planalto e os setores à direita da Constituinte.

Nesse contexto, a Abrasco reconheceu que, ainda que o projeto elaborado pela Comissão de Sistematização não coincidisse com aquele proposto pelo bloco suprapartidário e por várias entidades, entre elas a própria associação, não se podia, àquela altura, aceitar um projeto diferente, pois todas as concessões possíveis já tinham sido feitas.

> Este texto aprovado terá repercussões nefastas no processo da Reforma Sanitária que com tantas dificuldades tenta-se implementar. Por isso, passamos a defender o texto da Sistematização, ainda que esteja aquém das necessidades e aspirações da sociedade brasileira, remetendo a continuação da luta também para a Lei Ordinária que seguirá à Constituinte. (Abrasco, 1988a: 1)

A Abrasco, então, coloca em sua agenda o tema da Lei Orgânica, que como sabemos compõe, de fato, outro capítulo na luta política pela instituição do SUS. Nas palavras da cúpula da associação:

> Como em setembro de 1986 a Abrasco deu partida, no seu Congresso, para a configuração de uma proposta do conteúdo Saúde na Constituinte, pretende agora continuar seu trabalho político criando o espaço para que lideranças de toda a sociedade civil e parlamentares possam examinar juntos as leis ordinárias necessárias na área da saúde. É verdade que a luta em torno da Constituinte ainda não acabou, mas é necessário lançarmos desde já as bases para a continuidade do próprio processo. (Abrasco, 1988a: 1)

No que diz respeito à Constituinte, o maior temor dos militantes da Reforma Sanitária, em que se inclui a Abrasco, eram alterações no texto do capítulo II, que trata da seguridade social, e onde constam os fundamentos e instrumentos considerados imprescindíveis à real garantia do direito à saúde. O projeto defendido pelo Centrão, no que se atém à seguridade e suas competências, incluía um parágrafo ao texto original em que se considerou que as ações que assegurariam os direitos relativos à saúde deveriam ser de iniciativa do poder público e da sociedade. Entendimento da Abrasco é que a inclusão da sociedade como garantidora diluiria a responsabilidade do Estado (Abrasco, 1988b).

Outras questões importantes também foram relacionadas, como o problema do financiamento e do orçamento. O projeto do Centrão, por exemplo, suprimia a referência à contribuição dos empregadores incidente sobre o faturamento e o lucro, restando apenas aquela relativa à folha de salários. Para Hesio Cordeiro (Radis, 2008), a aprovação do texto do Centrão significaria, ainda, um retrocesso em relação aos avanços instituídos pela experiência do pioneiro Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

Em um contexto de grande mobilização social e política em torno da Reforma Sanitária, em meados de maio de 1988 o projeto do Centrão é derrotado. Após acordo com o deputado Adolfo de Oliveira, liderança do PFL, saiu para votação em plenária uma proposta que conciliava interesses conservadores e a proposta proveniente da sistematização. Nesse acordo, emendas relativas à saúde do trabalhador, ao orçamento para a saúde e à indústria farmacêutica foram derrotadas. Apenas a emenda relativa à não comercialização do sangue, de autoria de Carlos Sant'Anna (PMDB-BA), saiu vitoriosa. Como se diz, perderam-se os anéis, ficaram os dedos. Apesar disso, o sentimento foi de plena vitória, pois haviam-se garantido dimensões fundamentais da reforma, como a de direito e obrigação do Estado, e ao mesmo tempo assegurado os termos das batalhas futuras.

A Abrasco e a Implementação do SUS nas Décadas Seguintes

Em julho de 1989, com o lema "Sistema Único de Saúde: uma conquista da sociedade", a Abrasco organizou seu segundo Congresso Nacional (Abrasco, 1989a). A plenária final do congresso aprovou a "Carta de São Paulo", documento em que os abrasquianos chamavam a atenção para as péssimas condições de vida e de saúde da população brasileira, bem como para o que se considerou como desvios na unificação e descentralização do sistema de saúde (Abrasco, 1989b).

Na mesma carta, uma série de críticas foi endereçada ao governo do presidente José Sarney, que se considerou inerte quanto à priorização da alocação de recursos para a saúde. Chamou-se a atenção para o corte de recursos para a construção de instalações de saúde, a má administração financeira da previdência social, entre outras questões (Abrasco, 1989b).

Em pauta estava a aprovação de uma lei orgânica para a seguridade social, que abrangia a previdência e assistência social e a saúde. Incluíam-se também a instalação dos mecanismos de participação social previstos e uma reforma político-administrativa capaz de assegurar a unicidade do comando em cada esfera de poder, entre outros aspectos (Abrasco, 1989b).

Mais de 35 anos se passaram desde a criação da Abrasco. Observamos que ela cresceu, especializou-se e teve ainda mais fortalecida a atuação no campo da saúde pública, consolidando ao longo dessa trajetória seu papel como uma instituição crítica do sistema político brasileiro. De 1979 até os dias atuais, observamos a presença da Abrasco em diferentes fóruns políticos, mantendo sua parceria com outras instituições com as quais sempre compartilhou ideias e propostas para aprimorar o sistema de saúde no Brasil. Cebes, Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), entre outras, mantiveram nos últimos anos seu olhar vigilante e crítico sobre os problemas que o SUS vêm enfrentando, procurando sempre ampliar o debate e propor estratégias de atuação para solucioná-los.

Nesse papel militante, é possível observar que determinadas questões discutidas no processo de elaboração e aprovação do SUS permanecem ainda como foco de debates, demandando posicionamento político. Tais questões estão presentes nos documentos produzidos por essas instituições nos últimos anos e demonstram a atualidade de determinados problemas.

Por um lado, os temas ressaltados dizem respeito a pontos de caráter mais geral, mais abrangentes, tratando do sistema político, da organização da sociedade, do sistema financeiro e de como tais características causam impacto no modelo de serviço de saúde adotado no Brasil. Essas instituições, portanto, abordam os problemas de saúde em suas conexões com os problemas da sociedade, suas relações sociais, e neste aspecto a pauta é acima de tudo política. Por outro lado, os problemas ressaltados nos documentos públicos divulgados nos últimos anos enfrentam também a agenda específica da saúde, enfatizando os princípios do SUS.

O que importa destacar é o fato de que após os esforços empreendidos e bem-sucedidos para assegurar na Constituição de 1988 os princípios organizacionais e doutrinários fundamentais do SUS, as instituições envolvidas nesse processo – entre elas a Abrasco – mantiveram, ao longo do tempo, em maior ou menor grau, sua articulação e sua atuação na direção das propostas defendidas no contexto embrionário da Reforma Sanitária.

Em setembro de 2002, por exemplo, às vésperas das novas eleições gerais que iriam ocorrer no país, as diretorias da Abrasco e do Cebes promoveram a reunião de diferentes personalidades e intelectuais vinculados ao movimento da Reforma Sanitária, que na época estavam dispersos por diferentes partidos e envolvidos em campanhas eleitorais. O objetivo naquele contexto era discutir e reafirmar os princípios e as diretrizes do SUS. O encontro gerou o documento intitulado "Em defesa da saúde dos brasileiros: carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos candidatos e candidatas à Presidência da República, aos governos estaduais e distrital, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal" (Saúde em Debate, 2002).

Seis anos depois, em setembro de 2008, no documento intitulado "Carta do Rio de Janeiro: em defesa da seguridade social", resultado de seminário realizado pelo Cebes, a Abrasco e vários de seus associados posicionavam-se publicamente a favor de uma seguridade inclusiva e estável. Destaca-se no documento que

> a inclusão da Previdência, da Saúde e da Assistência Social como partes da Seguridade Social, apesar das diferenças institucionais e das condições de acesso peculiares, introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania (...) e deveriam ser garantidos pelo Estado.[8]

No ano seguinte, reunidos no seminário intitulado "Crise econômica mundial e a conjuntura política e social na América Latina: impactos na saúde", realizado em Belém (PA), durante o Fórum Social Mundial de 2009, a Abrasco e suas instituições parceiras discutiram e apresentaram documento com uma proposta política mais abrangente, destacando que

> a discussão sobre uma Reforma Sanitária não se restringe simplesmente à proposição de modelos gerenciais alternativos (...). A crise do modelo de desenvolvimento capitalista, no que diz respeito especificamente à agressão ambiental por ele patrocinada, impacta diretamente os Determinantes Sociais em Saúde.[9]

Segue-se, então, a proposta de uma agenda programática que, entre outros pontos, volta-se para a necessidade de repolitização do debate na área da saúde; da reafirmação da concepção ampliada de saúde; da retomada do pensamento crítico no âmbito do SUS; e da mobilização da sociedade contra as formas de privatização da saúde.

---

[8] Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/carta-do-rio-de-janeiro.pdf>. Acesso em: maio 2015.

[9] Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/seminario-crise-economica-mundial-e-a-conjuntura-politica-e-social-na-america-latina.pdf>. Acesso em: maio 2015.

Em 2010, dando continuidade a esses propósitos, a Abrasco apresentou uma agenda estratégica para a saúde, assinada em parceria com o Cebes, a Associação Paulista de Saúde Pública, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a Rede Unida e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, encaminhada à recém-eleita presidente da República e sua equipe de transição. Nessa agenda, o principal obstáculo a ser superado é político. Em seguida, estariam: a relação entre público-privado na saúde; o fato de que o SUS deve assegurar aos trabalhadores da saúde condições adequadas ao exercício de suas atividades; os problemas de gestão e organização do sistema e dos estabelecimentos de saúde; o modelo de atenção à saúde do SUS, com predomínio de práticas individualistas; e por fim a valorização negativa atribuída ao sistema público de saúde. Com base em tais diagnósticos, são apresentadas propostas de caráter estrutural para o sistema de saúde brasileiro.

Esse modelo de ação política vai prosseguir pelos anos seguintes, demonstrando a atuação constante da Abrasco no debate político comprometido com a intervenção para a melhoria do sistema de saúde. Em 2012, ela estaria presente no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, e em outubro do ano seguinte assinaria, em Belo Horizonte (MG), documento que define uma agenda política e estratégica para a saúde. Na sequência, dialogaria com as manifestações que se iniciaram com o Movimento pelo Passe Livre em São Paulo. Finalmente, em junho de 2014, às vésperas de se iniciar o processo eleitoral para a Presidência da República, a Abrasco – mais uma vez juntamente com suas intituições parceiras – divulgaria o documento "Por um SUS de todos os brasileiros! Propostas do movimento da Reforma Sanitária para debate nacional".

Nessa rica e marcante trajetória, fica claro que a Abrasco se mantém viva, ativa, atuante, com grande capacidade de articulação política e de representação nas instituições políticas. Se, por um lado, ela cresceu internamente acompanhando as diferentes especialidades e os grupos de trabalho que se constituiram, refletindo a especialização profissional no âmbito da saúde pública, por outro tem demonstrado que preserva e fortalece constantemente seu papel como um ator político na liderança da saúde pública brasileira.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Anais do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Programa do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Eleições, Constituite e Reforma Sanitária. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 20, out.-dez. 1986c.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Declaração final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 19, jan-fev. 1986d.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Discurso de Sebastião Loureiro, no 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 19, jan.-fev. 1986e.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Abertura. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 26, jan.-fev. 1988a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Entidades da saúde e da sociedade civil reagem à demissão de Hesio Cordeiro e defendem projeto de democratização. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 27, mar. 1988b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Programa do 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/3º Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo: Abrasco, 1989a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Congresso confirma força da área da saúde coletiva no Brasil. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 34, jun.-jul. 1989b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Gestão 1985-1987: Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 92, nov. 2004.

BELISÁRIO, S. A. Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. Atas de Comissões da Assembleia Nacional Constituinte. Brasília: s. d.

CANESQUI, A. M. As ciências sociais e humanas em saúde na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Physis – Revista de Saúde Coletiva, 18(2): 215-250, 2008.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

COIMBRA JR., C. E. A. Uma conversa com Frederico Simões Barbosa. Cadernos de Saúde Pública, 13(1): 564-565, 1997.

DOIMO, A. M. & RODRIGUES, M. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. Política & Sociedade, 3: 95-115, 2003.

ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. & EDLER, F. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

NOGUEIRA, A. M. A Assembleia Nacional Constituinte 1987-1988. Verbete temático. In: ABREU, A. et al. Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro. Rio de Janeiro: CPDOC/Fundação Getúlio Vargas, 2001.

RADIS. Constituinte 1987/1988: pungente saudade. Radis: comunicação e saúde, 72, 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SALLUM JR., B. Transição política e crise do Estado. Lua Nova, 32: 133-167, 1994.

SAÚDE EM DEBATE. Em defesa da saúde dos brasileiros: carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos candidatos e candidatas à Presidência da República, aos governos estaduais e distrital, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal. Cebes, 26(62): 290-294, 2002.

SOPHIA, D. C. Notas de participação do Cebes na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da revista Saúde em Debate. Saúde em Debate, 36(95): 554-561, 2012.

SOUZA, M. T. O processo decisório na Constituição de 1988: práticas institucionais. Lua Nova, 58: 37-60, 2003.

A Abrasco e os Anos de Chumbo: a Comissão da Verdade no campo da saúde

3

Anamaria Testa Tambellini
Carlos Botazzo
Guilherme Chalo Nunes
Paulo Buss

Falar sobre os anos de chumbo no Brasil é remontar à ditadura civil-militar que, durante 21 anos (1964-1985), expôs sua face mais cruel e perversa, aquela da repressão do Estado instalada sob um regime de terror. É falar de mortes, genocídios, desaparecimentos forçados, sequestros, prisões, torturas, banimentos e exílios, demissões e aposentadorias arbitrárias, e até do uso de armas químicas e biológicas contra opositores do regime – crimes que estiveram presentes na vida de várias gerações de brasileiros e que até hoje ainda doem como ferida aberta, não cicatrizada, malcuidada e escondida sob um manto de desconhecimento e interrogações. Falar sobre a ditadura civil-militar é lembrar que a estratégia do regime definiu todos os opositores, e mesmo os que com eles se identificassem, como inimigos internos da nação e, que, nesta condição, deveriam ser neutralizados e, em muitos casos, eliminados fisicamente.

A um só tempo, falar sobre a ditadura civil-militar é também falar sobre alguns elementos que nos permitam entender o conhecimento produzido e as práticas vigentes no campo da saúde pública, bem como as formas de resistência ao arbítrio, notadamente aquelas referentes à falta de liberdade de pesquisar e agir nesse específico campo.

Falar sobre a Abrasco (na sua fundação e durante três décadas denominada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; hoje, Associação Brasileira de Saúde Coletiva) desse tempo e nesse contexto é revisitar suas origens, repensar sua razão de ser para além das aparências, de seus estatutos e regimentos, de seus métodos e preocupações financeiras, de seus elementos burocráticos. É falar de uma luta pela sobrevivência, solidária e generosa, de uma forma de união e consenso que teve como razão de ser um trabalho digno, consciente, informado, criativo e, portanto, vivido com liberdade e libertário – que exigiu

e exige o compromisso entre o conhecimento e a saúde, entre o pensar, o sentir e o viver acompanhando as necessidades coletivas e indo ao encontro delas, privilegiando a equidade na apropriação e no uso social dos seus trabalhos.

Enfim, falar da Abrasco nos anos de chumbo no Brasil é compreendê-la como integrante da mais alta expressão da resistência à ditadura no campo da saúde, como parte da luta pela redemocratização e pela saúde do povo, compondo-se com outras entidades da área científica e tecnológica, com os movimentos sociais e políticos e com os sindicatos de trabalhadores.

Neste capítulo abordaremos, em primeiro lugar, a ditadura brasileira como processo militar, civil e empresarial, considerando-a em suas diferentes fases e diferentes ângulos, para situar o momento em que emergem novas entidades associativas que, além de congregar os trabalhadores das respectivas áreas de atividades, tinham por objetivo a defesa de sua independência e trabalho ante o governo ditatorial e a organização de vínculos entre instituições com o mesmo ethos e proposições políticas, tais como a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Anpocs, 2014) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes, 2013), entre outras, sem esquecer a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC, 2014), que se mantinha viva e aguerrida desde 1948.

Em segundo lugar, trataremos das condições de emergência da Abrasco nos planos da política e da atividade profissional, colocando em relevo sua singularidade. Pretendemos identificar um feixe de ações políticas harmônicas de grupos diferenciados de profissionais e agentes sociais que puderam atuar na repressão e sobreviver a ela, o que culminou na adoção de uma nova designação para o novo campo de conhecimentos e práticas que se fundava (saúde coletiva), uma peculiar entidade de representação (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), uma causa de Estado democrático (sistema nacional de saúde).

Por último, abordaremos a proposta da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária Abrasco-Cebes (CVRS), que se desenvolveu concretizando – em seus objetivos, metodologia e técnicas de investigação – os princípios éticos e políticos de acordo com os critérios de participação democrática e solidária da transparência, da recuperação da memória, da procura da verdade, da justiça e da reparação.

A Ditadura Brasileira: breve resumo dos anos de chumbo

A análise das notícias publicadas sobre o período ditatorial brasileiro (Arbex Jr. & Souza, 2007; Brasil, 2015), assim como dos fatos e movimentos políticos que o antecederam, contribuiu para sua eclosão, permanência e esgotamento (Alves, 1984; Garcia & Dahás, 2012; Costa, 2011). Pode-se dizer que o governo do presidente Jango (João Belchior Marques Goulart, 1918-1976), que se iniciou após a renúncia de Jânio da Silva Quadros (1917-1992), em agosto de 1961, pretendia realizar as chamadas reformas de base que levariam

a mudanças estruturais necessárias naquele momento. Tais reformas abarcavam um amplo leque de problemas de interesse para as camadas populares no plano da economia e das relações sociais, problemas esses que ainda hoje persistem em nosso país, principalmente nas parcelas menos favorecidas da população.

Por sua abrangência e significados – uma vez que elas compreendiam, entre outros aspectos, o acesso à posse da terra, ao sistema educacional e à relação com o capital financeiro nacional e internacional, questões que de um modo ou de outro se achavam ligadas à autonomia e à soberania nacionais –, essas reformas implicariam mudanças na Constituição de 1946, então vigente. Como projeto de sociedade, as reformas foram concebidas entre 1960 e 1963 com uma orientação popular e democrática, ao qual se opuseram ferrenhamente as forças conservadoras. Seu amadurecimento político e sua anunciação pública em 13 de março de 1964 funcionaram como estopim para que grupos de direita iniciassem o movimento que culminaria com o golpe de Estado (denominado de revolução pelos golpistas) que derrubou o governo Goulart. Fortes manifestações da classe média contra os planos do governo, conduzidas por grupos políticos conservadores, incluindo membros do alto clero da Igreja católica, e tendo à frente o governador de São Paulo, Adhemar de Barros (Adhemar Pereira de Barros, 1901-1969), incendiaram um ambiente político que já vinha tenso e preocupado.

Na noite de 31 de março de 1964, após os movimentos iniciais da tomada de poder, os militares já dispunham dos nomes daqueles que teriam o comando do processo conspiratório, cabendo ao marechal Humberto de Alencar Castello Branco (1900-1967) a articulação política, ao tempo que o marechal Arthur da Costa e Silva (1902-1969) se autoproclamava comandante delegado do Exército e chefe do comando supremo da revolução.

Na madrugada de 1º de abril, antes mesmo de o nome de Castello Branco ser anunciado pelos principais governadores apoiadores do golpe – o que aconteceria em 4 de abril no Palácio Guanabara –, teve início a perseguição dos inimigos internos, que foram caçados por todo o país, ao tempo que os meios de comunicação de massa – com destaque para as Organizações Globo – dedicavam-se à função de convencimento de que o novo governo não era golpista, mas emergia de vontade popular, utilizando a velha tática de propaganda do fascismo de semear o pavor aos perigosos comunistas, que o povo deveria abominar e auxiliar a identificá-los. Nesse primeiro momento, são feitas prisões em números tão alarmantes que tornou necessário o uso de velhos navios da Marinha como prisões improvisadas – caso do Raul Soares, que funcionou como cárcere entre abril e novembro de 1964, permanecendo ancorado no porto de Santos. Tornaram-se rotineiras as delações, com listas de supostos envolvidos em atividades subversivas entregues às autoridades militares.

No dia 10 de abril, sai a primeira lista dos cassados que perderam mandatos e direitos políticos por dez anos, com cem nomes, entre eles antigos ocupantes do poder, chefes e líderes de partidos políticos contrários ao regime, bem como personalidades de relevo, incluindo pesquisadores e professores universitários. Alguns deles da área de saúde, como o geneticista

Warwick Estevam Kerr (1922-), pesquisador da Faculdade de Medicina de Ribeiro Preto/ Universidade de São Paulo (USP), o parasitologista Luiz Hildebrando Pereira da Silva (1928-2014), professor da Faculdade de Medicina da USP, e o acadêmico Josué Apolônio de Castro (1908-1973), médico e nutrólogo da Universidade Federal de Pernambuco.

Pesquisas conduzidas nos anos recentes sobre a ditadura têm documentado que a instalação do regime de exceção foi, na verdade, uma bem urdida trama envolvendo militares, sem dúvida, mas que contou desde o início com lideranças da sociedade civil. Foram seus aliados os agentes do capital (empresários, latifundiários, profissionais liberais), setores da Igreja católica e do alto protestantismo e setores significativos da classe média, trabalhados por uma propaganda que disseminava o pavor irracional aos comunistas como inimigos da pátria, da família, das tradições e da propriedade. Assumindo posição de mando e de condução das novas orientações, esses foram, de fato, os verdadeiros pilares do governo ditatorial.

Sabemos também, hoje, que o governo dos Estados Unidos não só apoiou o golpe e a ditadura que a ele se seguiu, mas também trabalhou efetivamente para a própria construção desse processo ditatorial de governo. São bastante conhecidas as posições adotadas pelo presidente dos Estados Unidos na época, John Fitzgerald Kennedy (1917-1963), por intermédio do embaixador Abraham Lincoln Gordon (1913-2009), que montou a Operação Brother Sam, como veio a se denominar o projeto norte-americano de apoio explícito ao golpe de Estado, uma verdadeira intervenção militar.

É preciso lembrar que em 1960 teve início o projeto de treinamento para enfrentar uma possível guerra de guerrilha – na Escola das Américas, no Panamá – organizada e conduzida pelo Pentágono, que incluía, além da disseminação da doutrina geopolítica norte-americana e da doutrinação de quadros militares (oficiais superiores) da América Latina, o treinamento de interrogatórios com uso sistemático de tortura, visando ao controle dos cidadãos considerados inimigos da liberdade ou suspeitos de ligações com os propósitos do comunismo internacional. Já naquele momento, em 1964, havia se instalado em Natal (RN) uma base naval, e também ocorrera o deslocamento de navios de guerra da frota do Caribe para o Atlântico Sul, os quais se mantiveram expectantes ao longo da costa do Espírito Santo desde o dia 30 de março.

O governo autoritário, paulatinamente, foi construindo um arcabouço legal e constitucional para sustentá-lo por meio de leis e decretos antidemocráticos que legitimavam o regime, o qual se mantinha por meio de acordos e pactos com os aliados civis e, principalmente, com o desenvolvimento de um sistema de repressão complexo que cobria todas as instituições da nação, punindo com mão de ferro cidadãos descontentes de todos os matizes, impondo a censura às artes, às atividades de ensino e pesquisa, aos órgãos associativos e de defesa dos trabalhadores. Principalmente, a repressão se voltava para os partidos políticos considerados de esquerda.

O golpe militar efetivamente forjou a inserção do Brasil no esquema da Guerra Fria, uma vez que os militares brasileiros foram treinados em colégios de guerra norte-americanos, como a Escola das Américas. Os grupos apoiados por Washington com o pretexto de barrar o comunismo foram municiados financeiramente com grandes aportes de capital e material de propaganda. Hoje é sabido que houve dinheiro norte-americano financiando a campanha de desestabilização do governo e das instituições democráticas e populares, mas houve também considerável aporte de capital nacional, principalmente para o financiamento de centros de interrogatório e tortura, como foram a Operação Bandeirantes (Oban) e o Destacamento de Operações de Informações do Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-Codi).

Os ocupantes do governo conseguiram debelar os entraves e sanear a economia ao adotar o arrocho salarial e o controle político dos trabalhadores como pontos fundamentais da nova política econômica. A um só tempo, começaram a planejar uma proposta de crescimento que, no início dos anos 1970, resultou no chamado "milagre econômico", ou seja, o modelo de capitalismo selvagem brasileiro, com altas taxas de acumulação de capital e aumento da desigualdade social. Foi assim que o país se tornou uma das dez maiores economias do mundo desenvolvendo projetos de infraestrutura, como pontes e rodovias, a consolidação da matriz energética com a construção de grandes hidrelétricas e outras formas de geração de energia, inclusive atômica, promovendo ainda uma forte industrialização de bens de consumo de massa. Torna-se relevante acrescentar que esse verdadeiro programa político e econômico, fruto do arrocho e do fechamento da sociedade, foi realizado mediante a progressiva internacionalização da economia.

Durante a ditadura, a Presidência da República foi ocupada por cinco militares de alta patente, todos oficiais generais ou generais de Exército, indicados pelo Estado-Maior das Forças Armadas e supostamente eleitos indiretamente por um Congresso Nacional castrado. De forma resumida vamos percorrer, a seguir, quatro desses governos – os dois últimos estarão contemplados na conjuntura da criação da Abrasco –, procurando apontar seus feitos mais importantes em termos gerais, mas nos deteremos principalmente no aparelho repressivo e seus resultados no que se refere à comunidade acadêmica e à dos trabalhadores da saúde.

Governo Castello Branco (1964-1967)

Castello Branco assume o governo no dia 15 de abril, logo após a promulgação de um ato institucional em 9 de abril. Esse ato não foi numerado, já que deveria ser o único, mas foi o primeiro de um total de 17 atos institucionais, e ainda havia a expectativa de que as eleições presidenciais de 1965 se realizassem. Como se sabe, tal expectativa jamais se realizou. Ao contrário, aprofundou-se a intervenção na vida política nacional, com a suspensão de eleições diretas para governadores e prefeitos das capitais dos estados e de cidades consideradas estratégicas (sedes de portos, refinarias e siderúrgicas), os quais

eram consensualmente indicados pelos comandos militares e posteriormente eleitos pelas assembleias estaduais ou câmaras municipais.

O Serviço Nacional de Informações (SNI), criado em 13 de junho de 1964, tinha como objetivo consolidar as atividades de informação e contrainformação em todo o território nacional, principalmente as que interessavam à segurança nacional. Como serviço de inteligência, produzia e manipulava dossiês e fichas de informação de cidadãos brasileiros e estrangeiros, e posteriormente entregava os resultados para os órgãos de repressão. Esse sistema de repressão se organizava a partir de uma agência central que coordenava cinco secretarias, cada uma delas destinada a um tipo de problema (administrativo, político, ideológico, econômico e psicossocial), e comandava milhares de agentes denominados cachorros e secretas.

Durante o governo Castello Branco ocorreu o que Alves (1984) chamou de "varredura com pente fino" com violações em massa, dirigidas aos participantes do governo anterior, políticos de partidos de esquerda, líderes sindicais, professores, estudantes membros de organizações da sociedade civil e dissidentes do movimento católico apoiador do golpe. Nesse período são extintas a União Nacional dos Estudantes (UNE) e a Central Geral dos Trabalhadores (CGT), e seus dirigentes são presos. Partidos políticos de esquerda ou identificados com o governo deposto são proscritos, as ligas camponesas são aniquiladas, a economia brasileira se subordina aos ditames do Fundo Monetário Internacional (FMI), surge o SNI já mencionado, e uma nova lei de imprensa é imposta. Coroando esse processo, é promulgada uma nova Lei de Segurança Nacional, em 3 de maio de 1967. Finalmente, em 14 de maio de 1967, entra em vigor uma nova constituição, que institucionalizou a ditadura, concentrando grandes poderes nas mãos do presidente da República, que passa a governar por meio de decretos e atos institucionais, sem necessidade de consulta parlamentar – reduzindo o poder do Congresso Nacional e submetendo o Judiciário ao Executivo.

A caçada aos subversivos se fazia inicialmente com base em listas de suspeitos nas instituições de ensino e empresas, ou por meio de denúncias feitas por pessoas que assim entendiam colaborar com o processo tido como revolucionário pelos militares. Mas também eram detidas pessoas sem documentos ou prova de incidência, o que ocasionou prisões, torturas e mortes, fugas, entradas na clandestinidade e milhares de inocentes humilhados. Além disso, o expurgo nas Forças Armadas alcançou mil e duzentos militares, sendo quinhentos do Exército. Alguns deles tiveram como punição a declaração de morte em vida com a perda automática de todos os benefícios de que usufruíam.

Estima-se a existência de cinquenta mil presos políticos no país nesse período, incluindo militares e policiais. Habitualmente eram feitas várias prisões temporárias, nas quais ocorriam espancamentos e violências por horas, até que a soltura se dava por meio de habeas corpus para depois de algum tempo acontecer novamente o mesmo processo com a mesma pessoa. As prisões eram feitas na rua, no trabalho e nas residências; as pessoas geralmente não estavam

armadas, e esse padrão se manteve enquanto perdurou o habeas corpus. Mas a violência cada vez mais se acentuou, e os instrumentos e meios de tortura se intensificaram (José, 2012). Em 1966, vem à tona o primeiro caso de tortura e morte em decorrência de prisão política. Trata-se do sargento Manuel Raimundo Soares, em Porto Alegre, cujo corpo foi identificado em 24 de agosto de 1966 e ficou conhecido como "o caso das mãos amarradas" (Documentos Revelados, 2015).

Governo Costa e Silva (1967-1969)

Eleito em outubro de 1966 e tomando posse em 15 de março de 1967, o governo do marechal Costa e Silva foi marcado por acontecimentos de alto significado político. Além das grandes manifestações populares de 1967 e 1968 e da decretação do ato institucional n. 5, mais dois episódios tiveram grande repercussão. O primeiro foi a criação de uma chamada Frente Ampla de oposição à ditadura, que uniu lideranças de orientação política e ideológica bastante divergentes, formada, entre outros, por Juscelino Kubitschek de Oliveira (1902-1976), Carlos Frederico Werneck de Lacerda (1914-1977) e João Goulart. Esses políticos imaginavam que tal frente, por mais absurdo que pudesse parecer (Lacerda foi um dos responsáveis diretos pela derrubada de Jango), catalisaria a insatisfação com os militares e teria papel condutor nas eleições gerais marcadas para 1970. Mal foi lançada, todavia, e logo na publicação de manifesto contra a ditadura, é sufocada com a cassação de seus membros mais proeminentes. O segundo fato deu-se com a morte do ex-presidente Castello Branco, que, em razão do momento de crise por que passava o governo na condução da sua revolução, tornou-se politicamente conveniente de vários pontos de vista: consequência de mero acidente aéreo sem maiores explicações quando o avião militar em que viajava foi atingido em pleno voo por um avião da Força Aérea Brasileira (FAB) – acidente esse considerado por muitos como um verdadeiro atentado.

O ano de 1967 acabou marcado por manifestações contra a ditadura, em escala crescente, mas a tomada das ruas com grandes manifestações pela democracia aconteceu em 1968. A resposta da ditadura foi o aumento da violência e da repressão. Em março de 1968, uma singela manifestação de estudantes terminou com a morte de um deles, Edson Luís de Lima Souto (1945-1968), e funcionou como o estopim para manifestações populares de grandes proporções, como a passeata dos cem mil, em junho desse ano no Rio de Janeiro. Ademais, 1968 foi marcado por ações de guerrilha urbana, que anunciavam a existência de organizações armadas no enfrentamento da ditadura. Foi também o ano dos combates da rua Maria Antônia, em São Paulo, entre os alunos de filosofia da USP e grupos de extrema direita da Universidade Mackenzie, situada no outro lado da mesma rua, ligados ao Comando de Caça aos Comunistas (CCC).

Ainda nesse ano ocorreu o Congresso Nacional da UNE na clandestinidade, em Ibiúna, São Paulo, que foi interrompido por forte cerco policial com centenas de estudantes presos.

E teve início o Projeto Rondon, que levou estudantes universitários a realizar estágios e estudos nas regiões Centro-Oeste e Norte do país, prestando assistência a suas populações. Deu-se início, assim, ao projeto geopolítico baseado na proposta do general Golbery do Couto e Silva (1911-1987) de ocupação e integração territorial do país e executado sob o comando do Ministério do Interior com o lema "Integrar para não entregar". Um dos objetivos velados desse projeto era afastar os estudantes dos centros urbanos e das manifestações de oposição ao governo.

Nesse período ocorreu a primeira greve após a instalação da ditadura, realizada pelos metalúrgicos em abril de 1968, no município de Contagem (MG), seguindo as manifestações do Primeiro de Maio na Praça da Sé, em São Paulo, e logo depois a greve de Osasco, em São Paulo. Além da ditadura em si, para os trabalhadores esse regime significou uma forte contenção dos salários, que tiveram diminuição real de quase 30% entre 1964 e 1968. Esses movimentos tiveram a questão salarial como base, mas não apenas. A greve de Contagem iniciou-se na companhia Belgo-Mineira, e em poucos dias mais de vinte mil trabalhadores haviam cruzado os braços. O ato da praça da Sé desmontou a farsa do governador Abreu Sodré de realizar um ato demagógico de celebração do Dia do Trabalhador: o palanque oficial foi cercado e os participantes foram atacados; tiveram de ser retirados do local sob forte esquema de segurança. A greve de Osasco se iniciou na Companhia Brasileira de Materiais Ferroviários (Cobrasma) e, tal como em Contagem, teve forte adesão dos trabalhadores: já no dia seguinte ao seu anúncio, o setor metalúrgico estava completamente paralisado. A greve terminou com centenas de prisões e intervenção militar no sindicato dos metalúrgicos, com tropas do Exército ocupando fábricas e a cidade. Apesar da brutal repressão, tais acontecimentos indicavam insatisfação crescente com a ditadura entre os trabalhadores, assim como a retomada do movimento sindical, que havia quase desaparecido depois do golpe (Centro da Memória Sindical, 2015).

No sentido de fortalecer o combate à subversão, pois as atividades de oposição à ditadura se espraiavam, o governo adotou medidas como a criação do Conselho Superior de Censura, enquanto grupos de extrema direita e paramilitares iniciavam uma série de invasões e depredações de teatros, universidades, organizações estudantis e sindicais.

As atividades da luta armada continuaram e se tornaram mais visíveis, com ações contra quartéis ou bancos e alvos identificados com a ditadura – caso do jornal O Estado de S.Paulo e a organização de extrema direita Tradição, Família e Propriedade. Mas também havia atividade de inteligência nesse tipo de luta, como ocorreu com a identificação, a localização e a eliminação física do capitão do Exército americano Charles Rodney Chandler (1938-1968), ação coordenada por um comando da Vanguarda Popular Revolucionária (VPR), uma das organizações da esquerda armada, caso noticiado pela Folha de S.Paulo (1969). Outras atividades de inteligência resultaram em ações espetaculares, como o sequestro do embaixador dos Estados Unidos Charles Burke Elbrick (1908-1983), em 1969, realizado pela

Aliança Libertadora Nacional (ALN), em conjunto com o Movimento Revolucionário Oito de Outubro (MR-8), em troca da libertação de 15 líderes da esquerda presos.

A todas essas manifestações de insatisfação, a resposta do governo Costa e Silva foi baixar o ato institucional n. 5, em 13 de dezembro de 1968. Foi redigido pelo ministro da Justiça Luiz Antônio da Gama e Silva (1913-1979), ex-reitor da USP, um dos mais reconhecidos e fiéis membros da comunidade acadêmica a favor do arbítrio, da repressão e do autoritarismo – enfim, um homem da ditadura (Huggins, 2011; Última Instância, 2014). Aprovado pelo Conselho de Segurança Nacional, na prática anulava a Constituição imposta em 1967 e seria considerado pelos militares a consolidação do movimento de março de 1964 contra atos oriundos dos mais distintos setores políticos e culturais. O AI-5 suspendeu as garantias individuais, entre elas o habeas corpus, estabelecendo a prisão por tempo indeterminado para averiguação de casos que atentassem contra a segurança nacional (crimes políticos) e a ordem econômica e social.

Esse governo tinha como lema "Produção e paz" e deu concretude a um plano de desenvolvimento econômico autoritário, o qual posteriormente produziu o "milagre brasileiro", que se estenderia de 1967 a 1974. O período se caracterizou por forte crescimento econômico, combinando produção de grandes massas de lucros com rígido controle salarial e repressão sindical, expressão indelével do que foi considerado o "capitalismo selvagem brasileiro".

Governo Médici (1969-1974)

O governo do general Emílio Garrastazu Médici (1905-1985) caracterizou-se pela extrema crueldade dos processos repressivos, com o uso de torturas físicas e psicológicas sofisticadas e variadas, consolidando um regime de terror em que a impunidade do sistema repressivo era completa (de cada dez desaparecidos, oito foram nesse governo, 78% dos quais de 1971 a 1973). Por sua vez, alcançaram-se resultados significativos do ponto de vista econômico (Cano, 2004; Lessa, 1973), já tendo como base as reformas institucionais dos sistemas monetário, financeiro e tributário e uma agricultura que havia sofrido com o processo de modernização conservadora – tudo isso com a garantia dos investimentos necessários para tais avanços providenciados por acordos com os Estados Unidos, o que levou ao aumento da internacionalização da economia.

O período do milagre brasileiro se caracterizou por grande importação de bens de capital, produto interno bruto (PIB) elevado, maior que 10% ao ano, com drástico agravamento da concentração de renda pessoal e má distribuição dos ganhos da produtividade, com prejuízo para os trabalhadores. Porém, a crise de 1972 determinou a queda da demanda no comércio exterior da produção industrial e agrícola, fazendo crescer o endividamento externo. O milagre perdeu impulso, e a desaceleração da economia já começou a ser percebida em 1974, quando, além da reconcentração da renda que acompanhou o arrocho salarial, produziram-se altos níveis de inflação. Ao lado dessa face econômica, nessa gestão – e, em grande parte, como

consequência dela – foram produzidos altos níveis de poluição urbana, como antes não se havia visto no país, em decorrência da grande expansão industrial, realizada sem preservação ambiental, e da intensa urbanização, ocorrida numa forma de crescimento desordenado e sem a infraestrutura de saneamento básico e de energia necessária a essas mudanças.

As migrações campo-cidade foram precedidas pelo processo econômico de modernização autoritária do campo, que resultou na implantação da agroindústria. Essa capitalização do setor agropecuário se realizou de maneira desigual, com privilégio de espaços mais avançados economicamente, resultando em maior atraso para as regiões mais pobres do país – apesar da expansão das áreas cultivadas e da chamada "revolução verde", elemento do processo de modernização que aumentou a produtividade agrícola pelo uso intensivo de adubos químicos e agrotóxicos (pesticidas), também denominados de defensivos agrícolas por seus entusiastas e pelas indústrias produtoras (Porto & Soares, 2012; Soares & Porto, 2007).

Foi a partir da década de 1970, com o 1º Plano Nacional de Desenvolvimento (1º PNAD), o Programa de Integração Nacional (PIN) e a Política de Segurança Nacional adotada (Santana, 2009; Bomfim, 2010), que tomaram forma e avançaram na Amazônia: 1) a ocupação de territórios considerados vazios (na realidade já se encontravam ocupados por 170 nações indígenas, garimpeiros, quilombolas, além de pequenos posseiros e proprietários rurais); 2) a expansão das fronteiras econômicas da acumulação capitalista (redirecionadas e entregues à exploração do capital internacional); 3) a legitimação de todos esses processos, como elementos de equilíbrio geopolítico (havia o interesse de diminuir a tensão política gerada pela insatisfação com as condições de trabalho, entre elas o desemprego, nas regiões Sudeste e Nordeste, propiciando sua migração para a Amazônia, assim como prevenir a instalação da guerrilha naquela região). As entradas foram lideradas pelo Exército, que construía as estradas por onde se iniciavam as ocupações.

O planejamento proposto não teve a aplicação desejada, em parte pela complexidade dos grandes espaços a serem ocupados, em parte pela desaceleração da economia. Acabou desativado em fins dos anos 1970, deixando um rastro de destruição e violações de direitos por onde tentou ser implantado. As populações indígenas foram dizimadas, como os krenakores, que passaram de mil e quinhentos antes de o projeto atingi-los para 130, quando foram removidos para o Parque Nacional do Xingu, em 1975. Ecossistemas foram destruídos, houve perdas da biodiversidade, influências nefastas das mazelas da sociedade ocidental na cultura e nos modos de vida indígenas. O latifúndio foi mantido, houve conflitos e violência social pela posse da terra. Nessa região aconteceram, entre outras violências, mortes, sequestros, desaparecimentos, assaltos com armas biológicas e químicas, como também genocídios.

Durante o governo Médici se institucionalizaram os centros de interrogatório, tortura e extermínio, diretamente vinculados aos comandos militares (Arquidiocese de São Paulo, 1985; Benjamin, 2013; Caldas, 2004; José, 2012; Teles, 2009). Começou em São Paulo a

atuação conjunta dos órgãos de informação do Exército, da Marinha e da Aeronáutica com os órgãos de segurança – Departamento de Ordem Política e Social (Dops), forças estaduais e Polícia Federal. Foi em julho de 1969, em São Paulo, que se deu a criação da Oban, por iniciativa do comandante do 2º Exército, general José Canavarro Pereira. Em vista das manifestações cada vez mais frequentes e ousadas da oposição armada, os serviços de inteligência militar concluíram que as polícias estaduais não tinham organização e estratégias suficientes para o enfrentamento de partidos políticos e grupos clandestinos de oposição à ditadura, e que para isso as Forças Armadas deveriam centralizar e comandar a repressão aos opositores de quaisquer matizes.

Se inicialmente tinha-se em mira as organizações de esquerda que propunham a luta contra a ditadura por meios violentos, posteriormente todos os partidos de esquerda na clandestinidade e uma ampla gama de opositores, fossem ligados ou apenas simpatizantes de partidos e organizações novas, armadas ou não, acabaram tendo o mesmo tratamento. Concebida à margem dos códigos internacionais sobre tratamento a presos e das próprias leis brasileiras vigentes, a Oban foi organizada pelo Comando do 2º Exército reunindo forças militares, policiais e políticos de direita, além de empresários da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), que eram os responsáveis por seu financiamento. Seu principal membro civil e emulador foi o presidente da Ultragás, Henning Albert Boilesen (1916-1971), natural da Dinamarca e naturalizado brasileiro – um anticomunista convicto que se fez notado, pois costumava frequentar o prédio da Oban, onde assistia a torturas e, dizem alguns, delas participava, tendo sido morto por um comando guerrilheiro em abril de 1971.

A criação do DOI-Codi, em setembro de 1970, resultou da ampliação da experiência paulista exitosa da Oban para o resto do país. Estava consolidado assim o Sistema de Segurança Interna (Sissegin), instituído por diretrizes sigilosas do Conselho de Segurança Nacional e aprovadas pelo presidente da República. Desse modo, tal sistema permanecia inclusive fora da aparente legalidade construída pelo poder ditatorial, que então passou a acobertar as violações de todos os tipos cometidas pelas forças repressivas militares e civis.

É importante destacar que data dessa época a militarização das polícias, em infeliz permanência até os dias de hoje. De fato, as forças públicas dos estados da federação foram convocadas como força auxiliar em um dito combate à subversão e nessa condição colocadas – agora com a denominação de Polícia Militar – sob o comando do Estado-Maior das Forças Armadas. Também foram militarizados o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária.

Em 1967 e 1968, tornou-se convicção entre opositores que o caminho para enfrentar a ditadura implicava o uso da violência. Acuados e sem possibilidades de contestação, os partidos de esquerda, muitos dos quais na clandestinidade, se dividiram e se refundaram para adotar a luta armada, utilizando ações de guerrilha urbana como ataques a quartéis, empresas e pessoas identificadas com a ditadura, assaltos a bancos, para a constituição de fundos e estoques de armas e, também, a guerrilha no campo.

Além da extrema repressão, agentes da ditadura realizaram atentados para incutir medo na população, ao tempo que produziram intensa propaganda com cartazes, fotos e textos sobre os considerados terroristas procurados, com o incentivo à delação, comum desde os primeiros tempos ditatoriais. Calcula-se atualmente que apenas nos anos de 1969 e 1970 foram feitas cerca de quinhentas prisões políticas de militantes da luta armada urbana. Somente em março de 1972 é que ocorreu a primeira incursão militar contra a guerrilha do Araguaia, que seria palco de inenarráveis crueldades, não só com os guerrilheiros, mas também com toda a população civil, a maioria constituída por pequenos proprietários e posseiros, e principalmente com as tribos indígenas existentes naquele espaço (Fonteles, 2013).

Em 1973, aconteceu o Massacre de Manguinhos, com a cassação de dez pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Rio de Janeiro, que ficaram proibidos de trabalhar no país (com base no ato institucional n. 10, o AI-10). Com a saída desses pesquisadores, seus auxiliares e estagiários também perderam as possibilidades de trabalho e aprendizagem, uma vez que os projetos de investigação e as docências foram suspensos. Paralelamente, houve corte nos investimentos não só na Fiocruz como também em outras unidades de ensino e pesquisa (Costa et al., 2008; Gomes et al., 1998; Tavares, 2012).

O semanário Movimento (1980a, 1980b) faz um balanço das atividades terroristas acontecidas no meio urbano no período 1968-1980, caracterizando-as como iniciativas da direita clandestina e, principalmente, executadas por órgãos de repressão do Estado a partir de 1970 (69% do total). Foram 74 ações no total, das quais 34% dirigidas contra instituições acadêmicas (universidades e órgãos estudantis).

A Abrasco e a Construção da Cidadania na Saúde (1979-1989)

A Abrasco é formalmente criada num momento crítico da história política brasileira do século XX. De um lado, como parte da resistência da sociedade brasileira à ditadura; de outro, para simultaneamente – e de forma coerente – revisar o ensino e a pesquisa em saúde pública. Nesse longo processo de lutas, que em setembro de 2014 completou 35 anos, a associação foi capaz de ajudar a construir o país, cumprindo o compromisso da comunidade técnico-científica da saúde coletiva. Focaremos o período 1979-1989, ou seja, os primeiros dez anos da instituição, cruciais para a redemocratização do país, os anos fundantes da reconstrução do país pós-ditadura, que foram simultaneamente fundantes da própria associação (Buss, 2014; Gaspari, 2002).

A associação surge em 1979 da convergência de dois movimentos encetados ao longo da década de 1970: um político, de reação à ditadura, a Abrasco política; e outro, a Abrasco técnico-científica e educacional, absolutamente coerente com a visão da primeira, que buscava a renovação conceitual e a reorganização técnico-científica da área.

A Abrasco e a política

Em 1974, após o violento governo Médici, assumia a Presidência da República para o período 1974-1978 o general Ernesto Beckmann Geisel (1908-1996), com a promessa de promover uma "abertura lenta, gradual e segura", formulação de Golbery do Couto e Silva, general e ideólogo da Escola Superior de Guerra, para o processo político que deveria se seguir. Segundo diversos analistas, nos cinco anos de seu governo, com altos e baixos, esse prometido processo teve curso, não por concessões dos quartéis e generais da ditadura, mas pela pressão da sociedade brasileira. Nesse governo, em que o país já era reconhecido internacionalmente como "Brasil Potência", também acontecem o fim do milagre econômico e a extinção da guerrilha. A Operação Condor é oficializada para todos os países do Cone Sul, e assim continuam as mortes de opositores, cassações e prisões, principalmente do Partido Comunista Brasileiro (PCB).

Ademais se mantém a ocultação das desigualdades sociais e econômicas exacerbadas pelo modelo de desenvolvimento adotado pelas forças ditatoriais como também suas consequências – como pode ser visto no caso da epidemia de meningite (1974-1981), que ocasionou 2.575 mortes em São Paulo e outras centenas pelo Brasil afora, sem que se pudesse mencioná-las ou estudá-las.

Geisel toma posse em março de 1974, eleito por um colégio eleitoral seguro definido por Médici: um Congresso Nacional composto ao feitio da ditadura, com delegados das assembleias legislativas estaduais, nas quais o governo tinha ampla vantagem. A oposição, reunida em torno do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), sem chance de vitória, participa do processo com as anticandidaturas de Ulysses Silveira Guimarães (1916-1992) para presidente e de Barbosa Lima Sobrinho (1897-2000), presidente da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), para a Vice-Presidência. O povo reage à farsa da democracia, e nas eleições de novembro de 1974 o MDB recebe quase 50% dos votos para a Câmara dos Deputados e 59% para o Senado (16 das 22 cadeiras em disputa), além de eleger prefeitos em 79 das noventa cidades com mais de cem mil habitantes.

O governo Geisel enfrenta dificuldades econômicas e sociais: dívida externa alta, inflação, empregos e salários patinando. Nos quartéis, os militares da linha dura se opõem à abertura. Em 1975, Vladimir Herzog (1937-1975) é assassinado sob tortura no DOI-Codi da rua Tutoia, em São Paulo, produzindo enorme clamor popular. Nos anos seguintes intensifica-se o movimento social pelo fim do regime militar: trabalhadores e estudantes vão às ruas. A despeito do discurso de abertura lenta e gradual, em 1977 a resposta do governo Geisel é o Pacote de Abril, conjunto de medidas que alteram as regras eleitorais para beneficiar a Aliança Renovadora Nacional (Arena), o partido da ditadura. O Congresso Nacional é novamente fechado, e o mandato do general Geisel é prorrogado em mais um ano (Silva et al., 2012; Salvadori Filho, 2012).

O movimento sanitário se reforça com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, que organiza uma série de debates e lança a revista Saúde em Debate, em ambos os casos denunciando as iniquidades econômico-sociais e a perversidade do sistema de saúde privatizado e antissocial, no dizer de Eleutério Rodriguez Neto (1946-2013) na sua tese de doutorado, depois transformada em livro (Rodriguez Neto, 1998).

O movimento sindical intensifica sua organização, Luiz Inácio Lula da Silva (1945-) lidera a primeira greve na região do ABC, em 1978, com cerca de três milhões de trabalhadores parados em várias fábricas, e os estudantes reorganizam a UNE. Nas eleições de novembro desse mesmo ano, o MDB inflige importante revés eleitoral ao partido da ditadura, minimizado pelas regras eleitorais.

No ano da criação da Abrasco (1979), por meio do Colégio Eleitoral, o Congresso formaliza o general João Baptista de Oliveira Figueiredo (1918-1999) como o quinto presidente da ditadura, que governa de 1979 a 1985.

Com maioria parlamentar garantida para a Arena, em razão das regras pró-regime, e a despeito da enorme pressão popular, antes de sua saída do governo o general Geisel enviou ao Congresso a emenda constitucional que acabava com o AI-5, restaurava o habeas corpus, e punha um fim à censura prévia, mas mantinha a proibição das greves para os setores estratégicos, como o da energia.

Em 1979, Figueiredo sanciona a Lei da Anistia, e milhares de exilados começam a retornar ao país. Restaurado o pluripartidarismo, surgem novos partidos, como o Partido dos Trabalhadores (PT), que vinha sendo gestado no movimento dos trabalhadores do ABC, além do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), entre outros. A pressão popular continua, e é aprovada a emenda que garante eleições diretas para governadores a partir de 1982. No campo popular, surge o movimento pela reforma agrária e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). O regime reluta em abrir-se completamente, e grupos militares da linha dura – cujos atentados, inclusive à bomba, foram particularmente notáveis na segunda metade da década de 1970 –, num quase derradeiro ato terrorista, perpetram em 1981 o atentado do Riocentro.

No período de 1983 a 1984, com o lema "Diretas já!", as organizações populares e os partidos de esquerda começam manifestações nas ruas pelas eleições diretas para a Presidência da República. A emenda do deputado Dante Martins de Oliveira (1952-2006) recebe a maioria dos votos, mas as esperadas diretas não chegam porque o Pacote de Abril passara a exigir dois terços dos votos do plenário do Congresso.

A Abrasco, juntamente com o Cebes, participa ativamente de todos esses movimentos de pressão. Em 1983, realiza-se em São Paulo o 1º Congresso Nacional da associação, que coloca na pauta o tema da democratização. Numerosas reuniões são realizadas, cruzando os temas das políticas de saúde e das conjunturas sociais e políticas.

Em 1985, o Colégio Eleitoral elege Tancredo de Almeida Neves (1910-1985), que não assume em decorrência da sua morte, num dos episódios mais dramáticos da história recente do Brasil. No seu lugar, o vice-presidente eleito na chapa, José Sarney, chega ao poder.

As pressões populares passam a exigir alterações na legislação herdada pela ditadura. Antônio Sergio da Silva Arouca (1941-2003) assume a Presidência da Fiocruz, e Hesio de Albuquerque Cordeiro (1942-), a Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ambos antigos militantes antiditadura e pró-mudanças políticas democráticas lastreadas pela ciência e pelas técnicas no sistema de saúde vigente no país. A pressão agora é pela Constituinte. Abrasco e Cebes somam-se ao movimento popular. O presidente Sarney convoca, ainda em 1985, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se realiza em março de 1986, um processo arrancado do governo pela intensa mobilização da liderança da sociedade civil e dos grupos organizados da saúde coletiva brasileira. A Abrasco lança um documento-chave para o processo, o qual é discutido em todo o país. Sonia Fleury, então sua vice-presidente e militante da saúde coletiva, que se dedica ao estudo das políticas de saúde como políticas sociais, é a representante da entidade na plenária final de Brasília.

Realiza-se em 1986 o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, sob a presidência de Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva, tendo como tema central "Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde", lançando as bases para a saúde no texto constitucional. O congresso aprova a organização de uma frente popular de defesa da Reforma Sanitária e uma proposta de conteúdo sobre "Saúde para a Constituição", elaborada por Eleutério Rodriguez Neto, com base no relatório da 8ª CNS, visando à Assembleia Nacional Constituinte.

A declaração final do congresso defende:

> a necessidade da continuidade no processo de mobilização social em torno da reforma iniciado com a VIII CNS; o apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária (...); o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS [Ações Integradas de Saúde] (...); a necessidade de construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária (...); e o engajamento decisivo no processo constitucional, estabelecendo um projeto para a saúde a ser inscrito na nova Constituição e comprometendo desde agora os candidatos com as propostas da Reforma Sanitária.[1]

Além disso, para sua diretoria, segundo depoimento de Paulo Buss, o congresso representou um novo patamar na construção científica do saber, ao mesmo tempo que permitiu a formulação de propostas estratégicas da Reforma Sanitária que, certamente, serão inscritas na nova Constituição brasileira.

Em fevereiro de 1987 instala-se a Assembleia Nacional Constituinte, e em outubro de 1988 é promulgada a nova Constituição, que contém o texto elaborado pelo movimento da saúde coletiva ao longo do período, sob a liderança da Abrasco e do Cebes.

---

[1] Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 30 maio 2015.

O período da conferência, do processo que se seguiu até a Constituinte e os anos imediatamente posteriores, até a promulgação das leis n. 8.080 e 8.142, foram para o sistema de saúde brasileiro os anos fundantes, e as mencionadas leis, instrumentos jurídicos de institucionalização. Foram anos de intensa atividade política: a diretoria e vários associados percorreram as conferências estaduais e municipais de saúde em todo o Brasil, apresentando as ideias e propostas da instituição para a saúde na nova Constituição. Pela intensa e decisiva participação nos anos fundantes, a Abrasco transforma-se em uma instituição fundamental para a construção das bases políticas, sociais e legais dos períodos constitucional e pós-constitucional do país.

Em 1989, ocorrem as primeiras eleições diretas para a Presidência da República, e Fernando Collor de Melo (1949-) é eleito. As leis do Sistema Único de Saúde (SUS) são discutidas e aprovadas, com grandes dificuldades, durante o seu governo. A Abrasco está na frente da luta pelos textos que representam a vontade expressa dos constituintes de 1988, mas Collor veta diversas partes, particularmente aquelas relacionadas com carreira, financiamento, participação e controle social. Em 1992 ocorre o impeachment de Collor, e assume Itamar Augusto Cautiero Franco (1930-2011).

Os anos 1990 são de intenso confronto entre um sistema de saúde público baseado no direito à saúde, de um lado, e de outro as propostas de Estado social mínimo e de privatização, que no campo internacional foi representado pelo Banco Mundial, com seu famigerado relatório de 1993, Investing in Health (World Bank, 1993). Mais uma vez a Abrasco se posta à frente dessa luta, na defesa da saúde como direito e de um sistema único, universal, gratuito, integral, equitativo e de qualidade. É também a grande divulgadora das políticas e práticas da descentralização e da participação social na saúde, que constam da Constituição Federal e das leis instituintes do SUS.

No campo da política, especificamente, seus congressos nacionais sempre tiveram pautas inclusivas ao tema da política. Um exemplo foi o amplo destaque para os debates dos candidatos à Presidência da República nas eleições ainda indiretas de 1985, bem como os manifestos elaborados e difundidos pelas diretorias da associação ante diversos processos políticos relevantes desde sua criação.

A Abrasco e a renovação do ensino e da pesquisa em saúde coletiva

O desenvolvimento do ensino e da pesquisa em saúde coletiva foi um processo também extremamente dinâmico, coerente com o dinamismo, os desafios e as contradições da política nessas duas décadas a que estamos nos referindo: 1970 e 1980. Era impossível que as bases políticas das ações da Abrasco não afetassem suas bases epistêmicas e vice-versa.

Principalmente a partir do período Geisel, já podiam ser observados e reconhecidos os avanços da concretização das propostas de desenvolvimento científico e tecnológico nacional planejadas pela ditadura. Os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND) surgem

no contexto dos anos 1970, durante o milagre econômico e a propaganda nacionalista realizada pelo regime militar. Antes desses planos, os programas e projetos desenvolvidos para a área de ciência e tecnologia eram pontuais e setorizados. O 1º PND, lançado em 1968, já tinha um capítulo dedicado à área de ciência e tecnologia e promoveu, ao longo dos anos subsequentes, mudanças nos vínculos e nas estruturas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep). Uma importante característica da doutrina de segurança nacional era garantir para o Brasil, na condição de potência militar, uma indústria de defesa autônoma, e esta foi uma forte motivação do 1º PND, que se desenrolaria até o governo Geisel.

Contudo, pelo filtro ideológico aplicado pelo regime militar, milhares de pesquisadores e dezenas de universidades e institutos de pesquisa foram profundamente afetados nos anos 1960, depois do golpe militar, e nos anos 1970 em razão da perseguição aos comunistas e subversivos. Perderam-se, no período, preciosos acervos e experiências acumuladas em pesquisa, e pessoal qualificado foi cassado, preso, torturado e exilado – muitos aposentados compulsoriamente e proibidos de trabalhar em instituições públicas.

Conduzido por João Paulo dos Reis Velloso (1931-), então ministro do Planejamento, Geisel criou no início do governo, em 1975, o Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, formalizado ao longo dos três anos seguintes. Nesse contexto, o governo institui o 2º Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT), que passa a financiar, de forma mais regular e consistente, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológicos, inclusive na saúde pública – esta no contexto da área de desenvolvimento social que o plano explicita entre suas prioridades.

Assim, instituições importantes da área da saúde coletiva recebem apoio. A Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), por exemplo, implanta o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses) e o Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe). Ambos contribuem de forma decisiva e fundamental na institucionalização de grupos importantes de pesquisa e na reorganização de sua pós-graduação, transformando, em definitivo, o perfil da pesquisa e da formação em saúde pública no país.

Um núcleo de políticas de saúde aprofunda a crítica ao modelo de atenção à saúde em curso e passa a formular alternativas que redundarão, em sintonia com outros movimentos, nas bases da Reforma Sanitária brasileira. Juntamente com os departamentos de medicina preventiva e social das universidades, constituem-se no cerne do pensamento crítico em saúde e no embrião da Reforma. Pelo lado do ensino, a Ensp institui em 1975 os cursos descentralizados de saúde pública, inicialmente no Rio Grande do Sul e no Pará, e que depois se espalhariam rapidamente pelo Brasil todo. Em 1978, com apoio do Inamps, a Ensp cria o Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR), reunindo inicialmente dez programas de alguns dos principais departamentos

de medicina preventiva e social da época. Esse componente da Reforma se estrutura, portanto, em torno dos programas e projetos de pesquisa e de pós-graduação, propiciados pela reorganização da pesquisa, no contexto do 2º PBDCT, e dos projetos educacionais do PAR e dos cursos de especialização descentralizados da Ensp.

São irmãos o movimento científico da saúde coletiva e o político-social da Reforma Sanitária, ambos liderados pela Abrasco, pelo Cebes e pelo conjunto de escolas e departamentos de saúde pública, medicina preventiva e social que se reuniram, pouco a pouco, no mesmo campo político e técnico da saúde coletiva.

O projeto político-técnico da Abrasco

O PAR foi um dos projetos que organizaram a comunidade técnico-científica da saúde coletiva, permitindo intercâmbios, encontros e eventos nos quais foi se engendrando a criação de uma associação maior do que apenas a de residências. No evento fundador da Abrasco, implanta-se a primeira diretoria e sua primeira secretaria executiva, cargo ocupado por Paulo Buss no período de 1979 a 1989.

Como dito antes, esse projeto político se complementava com a revisão da pesquisa e do ensino – neste caso, suas modalidades pedagógicas e conteúdos disciplinares. O objetivo era sedimentar e qualificar as modalidades de pós-graduação (especializações, residências e pós-graduação stricto sensu) e as disciplinas que compunham a saúde coletiva (epidemiologia, ciências sociais aplicadas à saúde, administração e planejamento de saúde, saúde ocupacional e ambiental).

Nesses primeiros anos, o processo de qualificação do ensino e da pesquisa seguiu uma lógica de realizações de reuniões de especialistas das modalidades de pós-graduação e das principais disciplinas do campo, antecedidas de levantamentos sobre as concepções e práticas existentes nas diversas instituições associadas. Seguiam-se informes que procuravam registrar a situação vigente, os problemas encontrados e as perspectivas futuras, definindo-se o papel da Abrasco nessa condução. Também ocorreram encontros de docentes dessas áreas e de alunos dos cursos antes mencionados. Todo esse processo ajudou a criar uma identidade conceitual para a nova área da saúde coletiva, além de estabelecer um esprit de corps na comunidade técnico-científica da área.

Frutos desse processo foram produzidos quatro volumes sobre o ensino e a pesquisa da área, com os quais se procurava estabelecer uma discussão substantiva e, simultaneamente, registrar a memória do processo. Tal estratégia continua representada ainda hoje nas comissões e nos congressos nacionais e naqueles específicos de áreas temáticas, tais como os da epidemiologia, de política, planejamento e gestão, de ciências sociais e demais. Faltava naquele tempo – por ainda não se ter completado sua formulação, por não ter havido o tempo necessário para a sua concretização como áreas de pesquisa, ensino e serviço, ou por sua existência agregada a outras áreas de conhecimento e ação em saúde – a especificação de áreas e campos disciplinares e temas como: vigilância sanitária, alimentação e nutrição,

saúde do trabalhador e saúde e ambiente, por exemplo, que foram agregados aos grupos temáticos institucionais ao longo do processo nas décadas que se seguiram.

No campo da renovação conceitual do campo da saúde coletiva, portanto, a Abrasco também teve papel de proa, juntamente com os departamentos de medicina preventiva das faculdades médicas, a Ensp e as demais escolas de saúde pública nas quais os cursos descentralizados se instalaram e sofreram grandes avanços. Uma função alimentou dialeticamente a outra, criando-se uma das mais bem reconhecidas contribuições contemporâneas à construção de um país mais justo para toda a sua população.

Foi o processo vivido pela Abrasco que lhe permitiu coletivamente pensar a construção de uma comissão da verdade para a área da saúde, já que, antes mesmo de ser concluída a abertura lenta, gradual e segura de acordo com os interesses dominantes, os movimentos sociais, entidades e grupos de pressão denunciavam os limites de uma anistia recém-promulgada no país e reivindicavam a investigação das violações de direitos que tiveram curso nos anos de chumbo. Esses movimentos tiveram êxitos muito limitados e circunscritos. É preciso destacar que a ausência de mobilização mais forte da sociedade acabou por acomodar interesses e, em certo sentido, legitimar a posterior resistência dos setores conservadores, incluindo instituições e autoridades ligadas ao Judiciário.

Comissão Nacional da Verdade do Brasil: antecedentes e proposta

Em 1974, foi instalada em Uganda a Comissão de Investigação sobre os Desaparecidos de Uganda, criada por Idi Amin Dada (1925-2003) para investigar os desaparecidos nos primeiros anos de seu governo, com o intuito de responder às críticas contra o regime. Depois dela, 44 outras comissões foram instaladas, distribuídas por todos os continentes, inclusive nos países de democracia consolidada e bem posicionados economicamente, como Alemanha e Estados Unidos, mas principalmente em países de grande instabilidade política, economias deficitárias e desigualdades. O traço comum a todas elas é a presença de conflitos, da violência em massa ou da violação sistemática dos direitos humanos nos espaços em que são criadas, haja ou não um regime político de exceção, como nas ditaduras (Comissões de Memória e Verdade no Mundo, 2013). Deve-se assinalar que 35 (81%) dessas comissões foram instaladas no século XXI e que em quatro países duas comissões foram criadas com pequeno intervalo de tempo, tendo como objetivo complementar e ampliar os trabalhos, dadas a parcialidade e a restrição da primeira tentativa em alguns casos. No Chile, a comissão de 1992 concluiu seus trabalhos com a identificação de 2.279 assassinatos praticados pelo regime, e após sua reabertura, em 2003, recebeu cerca de 28 mil denúncias. No Uruguai, aconteceu processo similar (Brasil, 2013a).

A comissão mais famosa e com resultados admiráveis pela realização de seus objetivos é a Comissão de Reconciliação e Verdade da África do Sul, em que 23 mil vítimas foram

ouvidas (Cintra, 2001). Instalou-se num país cujas instituições eram sabidamente frágeis, após a queda de um regime de segregação racial jamais visto e que, além de moribundo, se mantinha vivo com as feridas à mostra em todos os grupos sociais. Construída sob o signo de uma justiça não tradicional que adotava o perdão seletivo como elemento determinante da harmonia social a ser conquistada, assumiu como princípios o compromisso com a verdade e a força para enfrentar o passado. Inovou ao adotar a transparência em suas atividades, ao abrir-se para a participação das vítimas, ao fomentar a sensibilização pública, ao manter o compromisso das equipes e ter uma relação próxima com a sociedade. Enfim, assumiu o que hoje é conhecido como justiça restaurativa, que se propõe a restaurar o processo de ampliação das políticas da justiça em períodos de transição para a democracia, ou seja, trata da construção de paz sustentável após período de conflito, violência em massa ou violação sistemática dos direitos humanos. Assim, essa justiça, que é transicional e abrange diversas iniciativas. Tem o intuito de reconhecer que houve violação de direitos das vítimas, propor sua reparação e punir os considerados culpados, promover a paz, facilitar a reconciliação e garantir o fortalecimento da democracia (Damous, 2013; Gauer, Saavedra & Gauer, 2011; Gonzalez & Varney, 2013; Âmbito Jurídico, 2013).

Na América Latina, onde um grande número de países (15) tem comissões da verdade equivalentes, o Brasil ocupa o último lugar nesse ranking temporal de instalações. Em nosso país, uma comissão nacional da verdade só se instalou após trinta anos de uma transição democrática com as instituições em situação estável e funcionando com regularidade (Pinto, 2010).

A Comissão Nacional da Verdade do Brasil (CNV) foi criada por meio da lei n. 12.528, de 18 de novembro de 2011 (Brasil, 2012a), no âmbito da Casa Civil da Presidência da República, e instalada em maio de 2012, com o objetivo de examinar e esclarecer as violações dos direitos humanos praticadas pelos agentes do Estado no período de 18 de setembro de 1946 a 5 de outubro de 1988, "a fim de efetivar o direito à memória e à verdade histórica e promover a reconciliação nacional" (Brasil, 2012b). O período de duração estabelecido de dois anos foi aumentado para três, findos os quais se obrigava a apresentar à nação um relatório conclusivo e circunstanciado de suas atividades, incluindo recomendações.

Apesar das críticas de que seu trabalho apresentava limitações, o fato é que a instalação da CNV teve efeito multiplicador, e numerosas comissões da verdade surgiram nos legislativos estaduais e municipais, nas universidades e associações profissionais ou científicas, potencializando movimentos políticos na busca da verdade e da recuperação da memória em situações concretas ou realidades locais. Para a compreensão desse processo interessa a resolução n. 4, de 17 de setembro de 2012, que estabeleceu as possibilidades de intercâmbio de informações com as Comissões Estaduais da Verdade ou quaisquer outras de natureza semelhante. Atualmente, há intercâmbio com comissões de universidades, sindicatos, associações de pesquisa, órgãos de luta pelo direito das mulheres, camponeses e, ainda, instituições e comissões internacionais. Em consonância com a resolução, no âmbito da CNV foram criados 13 grupos de trabalho para diferentes temáticas com pontos focais definidos.

A pesquisa oral de fatos e circunstâncias com esclarecimento de violações graves, tais como torturas, mortes, desaparecimentos forçados, ocultação de cadáveres, incluídas a violência sexual e o terrorismo de Estado (Brasil, 2013b), foi feita por meio da tomada de depoimentos, seja em audiências públicas, seja de forma reservada. Deve-se dizer que por lei se atribuiu à CNV, de forma expressa, o poder de "convocar para entrevista ou testemunho pessoas que possam guardar relação com fatos e circunstâncias examinados" (Brasil, 2012a).

A pesquisa documental foi realizada com base em registros e dados existentes nos arquivos dos órgãos de segurança nacional, que tiveram sua estrutura analisada nos níveis federal, estadual e municipal, como também nos arquivos existentes em outros órgãos e instituições públicas e privadas, como universidades e empresas. Estabeleceu-se uma rede de cooperação com instituições que têm a guarda de documentos históricos e administrativos, tais como o Arquivo Nacional e os arquivos estaduais, as antigas polícias políticas, como o Dops, e outras entidades, tais como o Comitê Brasileiro de Anistia e a Comissão de Familiares de Mortos e Desaparecidos, por exemplo.

A Comissão da Verdade da Reforma Sanitária Abrasco-Cebes

Sabemos que profissionais dos serviços de saúde com vários níveis e tipos de formação, além de pesquisadores, técnicos, professores em distintos âmbitos do campo da saúde, foram perseguidos, presos, torturados, exilados, perderam seus empregos e bens, foram afastados de suas famílias e, inclusive, adoeceram em consequência das violações que sofreram, praticadas por agentes públicos e privados de organizações no período ditatorial. Algumas dessas violações foram reconhecidas e suas vítimas anistiadas e reparadas pelo Estado já no período democrático, mas muitos atingidos nem foram identificados ou tiveram suas violações reconhecidas.

Advogamos ser nosso direito e dever, como cidadãos e trabalhadores da saúde, batalhar para que toda a verdade seja descoberta e a história da saúde desse período seja restaurada. É necessário que nossa energia e compromisso com a verdade se tornem concretos nesse esforço para que, coletiva e individualmente, possamos contribuir para o reconhecimento e a reparação a que têm direito e são merecedores nossos companheiros, ainda que, em alguns casos, somente no plano simbólico. Temos a pretensão de que nosso esforço consiga, ao se unir aos esforços dos demais brasileiros movidos pelos mesmos motivos, contribuir para uma compreensão maior da nossa realidade e servir de alerta para que construamos uma sociedade em que essa aviltante história não se repita.

A proposta de criação de uma comissão da verdade na área da saúde foi apresentada e aprovada pela Assembleia dos Grupos de Trabalhos e Comissões da Abrasco, em seu Congresso Nacional realizado em Porto Alegre em novembro de 2012. Essa aprovação gerou um processo de elaboração da hoje denominada Comissão da Verdade da Reforma Sanitária

Abrasco-Cebes (CVRS), lançada oficialmente no 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco, no Rio de Janeiro, em novembro de 2013, a qual pretende-se aqui apresentar resumidamente (Abrasco & Cebes, 2013).

Inicialmente integrada por 13 membros, a maioria pertencente a ambas as entidades promotoras e provenientes de diferentes regiões do país, até maio de 2015 contava com o total de 15 membros, com a incorporação de associados que passaram a ter funções de coordenação em alguns dos sete núcleos locais criados em diferentes estados no decorrer dos trabalhos da comissão. As decisões foram propostas, discutidas e tomadas pelos próprios membros da CVRS.

O objetivo geral da CVRS é investigar as violações dos direitos humanos praticados por agentes do Estado (1964-1985) contra trabalhadores(as) da saúde, de modo a compartilhar as informações e os conhecimentos produzidos com outras entidades e instituições que tenham os mesmos objetivos e princípios e com a sociedade brasileira em geral, de modo a contribuir para um projeto de sociedade democrática e justa.

Entende-se por trabalhadores(as) da saúde os(as) técnicos(as), pesquisadores(as), docentes, administradores(as) e auxiliares que realizem, ou tenham realizado, atividades profissionais em qualquer tipo de instituição de saúde: prestadoras de serviços de saúde propriamente ditas, produtoras de conhecimento técnico e científico, instituições de docência e ensino nas áreas da saúde, bem como os estudantes dessas áreas no período ditatorial considerado.

Desdobramos esse objetivo em sete objetivos específicos, que serão apresentados seguidos da síntese dos principais resultados obtidos:

1) Identificar e caracterizar os(as) trabalhadores(as) da saúde violados pelos agentes da repressão, bem como as consequências desse processo na vida, no trabalho e na saúde dos trabalhadores e de suas famílias. Foi possível a identificação de 173 que permanecem em lista sob a guarda da presidência da comissão, sendo que 90% deles são de universidades e outras instituições de pesquisa, fato que é corroborado por estudiosos da repressão (Motta, 2014; Silva et al., 2012; Asduerj, 2008; Salvadori Filho, 2012), que identificaram grande número desses profissionais perseguidos pela repressão nas diversas fases da ditadura. Com um pequeno número dos sujeitos encontrados (17), foram realizadas entrevistas ou colhidos depoimentos que indicaram uma considerável resistência deles a se revelarem. Alguns mantinham esses acontecimentos velados em relação aos seus familiares, relutando principalmente em descrever e mesmo mencionar os tipos de torturas a que foram submetidos. Porém, estiveram presentes em muitos familiares a que tivemos acesso as consequências das tensões e a persistência de sintomas de alterações psíquicas que percebiam neles próprios e no(s) parente(s) violado(s). Esses processos de tentativa de ocultação, bem como todo um quadro psicológico acompanhado de grande sofrimento experimentado pelos cidadãos submetidos às diversas formas de violação, sobremaneira quando houve prisão e tortura, têm sido analisados por autores tais como Seligman-Silva (2009) e Teles (2009).

2) Identificar e categorizar os processos de violação. As violações encontradas são de vários tipos: mortes, desaparecimentos, sequestros, prisão com ou sem torturas físicas e psíquicas de tipos variados do perseguido ou de seus familiares, envenenamentos, exílio, banimento, cassações, demissões de emprego decretadas ou voluntárias (impostas por pressões) e atentados.

3) Produzir esclarecimentos sobre os processos de violação com apuração de responsabilidades.

4) Identificar e caracterizar os(as) trabalhadores(as) que atuaram profissionalmente nos processos de violação dos direitos dos(as) cidadãos(ãs), bem como sua função/papel no aparelho repressivo. Foi possível aumentar o número de profissionais, no caso de médicos que faziam parte do sistema de repressão e que atuavam de várias maneiras: emitindo laudos e atestados falsos para encobrir assassinatos e mortes sob tortura, em alguns casos participando diretamente de torturas, seja realizando seja assessorando os torturadores sobre vulnerabilidades ou quanto aos limites de resistência dos presos, administrando medicamentos e drogas que facilitassem o processo de obtenção das informações desejadas. O núcleo paulista da CVRS (Comissão da Verdade da Saúde Pública, APSP) identificou claramente 51 opositores políticos assassinados entre 1969 e 1976, a maioria mortos sob tortura e que tiveram sua causa mortis adulterada ou falsificada pelo trabalho deliberado de médicos-legistas do Instituto Médico-Legal de São Paulo. Identificaram-se 32 legistas cujas assinaturas constam dos laudos falsos. Alguns deles sofreram processo de cassação no Conselho Regional de Medicina de São Paulo, e apenas um deles – Harry Shibata – teve sua cassação concluída no nível estadual, todavia suspensa pelo Conselho Federal de Medicina. Além disso, a CV/APSP teve acesso às listas de cassação de professores da Faculdade de Medicina da USP e pesquisadores de institutos da área médica, nomeadamente o Instituto Butantã, corroborando a hipótese de que a repressão nas instituições havia sido preparada de dentro por apoiadores do regime.

Também foi possível procurar e encontrar pistas sobre a existência de tortura em presos políticos internados em hospitais. Esse trabalho foi feito em parceria com a Clínica do Testemunho – coordenada pela psicóloga Vera Vital Brasil no Rio de Janeiro – e assumido pela Comissão da Verdade do estado do Rio de Janeiro e pela CNV, realizando diligências nas dependências hospitalares. O caso hoje é investigado pelo Ministério Público e pela Polícia Federal. Entretanto, devemos salientar que muitos profissionais da saúde se organizaram em grupos clandestinos, quase todos fornecendo cuidados profissionais a famílias de presos políticos e aos próprios presos quando eram libertados, bem como a combatentes que voltavam das lutas de guerrilha adoentados física ou mentalmente, ou com lesões traumáticas em razão dos combates com as forças militares ou de acidentes propriamente ditos. Esses grupos existiam por todo o país, e deles faziam parte não só militantes de oposição como também cidadãos conservadores cuja ética profissional era imbatível.

5) Construir e operar os sistemas de informação e comunicação da CVRS. Este objetivo foi realizado com a construção de um portal (<http://cvrs.icict.fiocruz.br>) que abriga um sistema de informações com material sobre a CVRS e demais comissões da verdade, possibilitando o relato on-line de casos de violação e os estudos resultantes e um sistema de comunicação com notícias, textos, filmes, anúncios de atividades de interesse para as comissões. Entretanto, a possibilidade de relatos virtuais não se verificou, e estamos procurando entender as razões, pois julgamos que a proposta possa ser aproveitada em outros projetos e atividades similares, inclusive no Observatório, como veremos a seguir.

6) Desenvolver um Observatório Repressão-Trabalho-Saúde. O projeto deste observatório ainda se encontra em elaboração e tem por objetivo continuar o trabalho de estudo e denúncia de violação de direitos em populações vulneráveis, que hoje tem assumido grandes proporções no país. Estamos em diálogo com outras comissões da verdade, movimentos sociais, organizações não governamentais (ONGs), sindicatos e demais instituições interessadas nas questões dos direitos e democracia e saúde para o estabelecimento de um fórum que permita a discussão, o entendimento, a formulação de projetos de investigação, planos e atividades e sua difusão para todos os cidadãos interessados, principalmente para estudantes e professores de todos os níveis.

7) Participar coletivamente na produção de conhecimentos e ações que resultem na formação de um grupo ativo e reflexivo sobre as condições e necessidades para a formulação de um projeto democrático para a sociedade. Essa participação foi verificada de várias maneiras durante todo o tempo de existência da comissão e nos permitiu refazer o pensamento sobre as funções e o âmbito das comissões da verdade rumo a um trabalho de múltiplas possibilidades e usos.

O espaço de atuação da CVRS é em nível nacional, acompanhando o âmbito das entidades que a promovem. Tal alcance significou a necessidade de se imaginarem recursos, técnicas e especificações dos processos de trabalho a serem desenvolvidos, tais como instrumentos de pesquisa, registros de dados coletados e guarda de informações obtidas que pudessem dar conta não só da totalidade do espaço a ser coberto, mas também de sua heterogeneidade em termos de tipos de colaboradores e da própria realidade local – seja dos pontos de vista cultural, político e econômico, seja das formas assumidas pela repressão e pelos movimentos de resistência locais, das quais já se tinha algum conhecimento prévio.

Por sua vez, o compromisso com a democracia, a verdade e a transparência implicou uma construção coletiva, cujo trabalho e resultados proviessem do esforço de todos para sua consecução. Tornou-se imperativa a abertura das tomadas de decisões, seus processos e consequências para todos os envolvidos nas questões – com a intenção de que pudessem contribuir pedagogicamente para o esclarecimento e o aumento do nível de consciência dos trabalhadores da saúde, cidadãos e sujeitos desses processos sobre a importância do conhecimento da história recente do país e da preservação da memória, para se evitar a repetição de processos autoritários e de governos ditatoriais em nossa realidade.

O trabalho da CVRS só terá valor para a sociedade brasileira e para cada um dos brasileiros que dela fizerem parte se puder contribuir para mudanças que determinarão a construção de um futuro no qual os fatos que estamos trazendo à tona não tiverem mais possibilidades de se repetir. Nesse sentido, é de fundamental importância que se juntem esforços para dar visibilidade às verdades que forem encontradas e que se propiciem discussões, apresentações, iniciativas de coletivos para trabalhar sobre os temas das violações, e principalmente para incluir no ensino formal ou informal as questões em análise.

Notas para uma Conclusão

Os impactos da ditadura na saúde são muito mais amplos, difusos e, ao mesmo tempo, profundos do que nossos objetivos, como comissão da verdade de um grupo específico de trabalhadores, qual seja aqueles, da saúde e mesmo os da CNV (Huggins, 2011; Bastos, 2009). Tais comissões setoriais não poderiam dar conta da totalidade dos impactos uma vez que concentraram seus esforços na decifração de casos considerados mais graves de violação de direitos – mortes e desaparecimentos – e na análise dos pareceres dos laudos repressivos, nesses casos para apurar as responsabilidades sobre tais ocorrências e prever suas reparações, seja em ternos pecuniários, seja na revisão das penas a que foram sujeitos os indivíduos violados.

Quanto aos demais casos de violações, foram identificados aqueles em que a penalidade aparece como uma medida legal tomada pelo Estado e facultada pela legislação, de exceção, como, por exemplo, as cassações pelo AI-5 e outras. Também há violações praticadas por atividades repressivas clandestinas, ou que tenham tomado uma forma escamoteada de represália a atividades consideradas de oposição ao regime ditatorial instalado e, portanto, situadas no front da guerra dos inimigos internos do país – como as referentes a demissões de empregos, principalmente de servidores públicos ou operários de empresas públicas ou privadas, especialmente daquelas apoiadoras do golpe e engajadas em seu processo de repressão, como a Petrobras e a Companhia Metalúrgica de Volta Redonda (RJ), por exemplo.

Vários tipos de problemas e contingências não tornaram possível alcançar os próprios objetivos expressos nos projetos e plataformas das comissões da verdade criadas no país. Além dos aventados, podemos elencar: falta ou desaparecimento de registros de casos; insuficiência de informações contidas nos documentos históricos, causando dificuldades para identificar, processar e analisar o material registrado (por exemplo, a repressão não incluía a profissão nas fichas dos dados pessoais, como pudemos observar naquelas examinadas do Dops); falta de recursos financeiros materiais e humanos, em termos qualitativos e quantitativos, para o exercício das tarefas das pesquisas históricas e de casos apontados; dificuldades relacionadas às memórias pessoais, dado o grande lapso entre o período ditatorial (1964-1985) e a instalação de uma comissão da verdade no país (2011), ou seja, 26 anos após o fim da ditadura; formas ideológicas com que o Estado e os cidadãos coletivamente lidavam com a história e as

situações históricas traumáticas nelas contidas, acrescidas das defesas no plano psicológico com que os indivíduos lidam com tais situações (esquecimento, negação dos fatos, repressão da memória de vivências e não valorização dos processos sociopolíticos e históricos).

Todas essas questões foram agravadas pelo intenso processo de censura ocorrida no país e pela difusão do medo da punição a que estavam sujeitos todos os cidadãos em geral, em todos os tipos e níveis de atividades. Contribuiu também para essa situação uma poderosa máquina de propaganda dos sucessos e boas intenções do governo ditatorial vis-à-vis a apresentação dos opositores como guerrilheiros, mal intencionados, pessoas a serviço do comunismo e ligadas a governos de países não amigáveis – inimigos externos –, uma montagem ideológica para falsificar a realidade.

Tais considerações podem nos ajudar a entender a grande dificuldade de se conseguir, em primeiro lugar, identificar os cidadãos vítimas de violações que foram consideradas menos graves ou lesivas. Como a maioria deles saiu da prisão para a vida em sociedade rotulados como elementos perigosos pelas forças ditatoriais, muitas das vítimas e suas famílias se mantiveram na clandestinidade por se sentirem ameaçados e receando um novo episódio de prisão, o que de fato aconteceu inúmeras vezes. Dessa forma estes indivíduos já traumatizados pelo sistema repressivo, em qualquer nível e grau, se sentiam acuados e prejudicados em suas vidas e trabalhos, e até procuravam esconder o episódio de violência do Estado. E de fato, alguns deles, têm se recusado a reconhecer ou relatar os episódios de violação que sofreram.

O trabalho da CVRS possibilitou entender que existe uma variada gama de impactos causados pela ditadura sobre a saúde no Brasil que ainda permanecem ignorados ou muito pouco pesquisados. Tais impactos se exerceram de formas diferenciadas:

1) Sobre a saúde da população do país de maneira geral, mas atingindo de forma diferenciada grupos populacionais específicos e incidindo de forma negativa principalmente sobre as populações vulneráveis, seja sobre aqueles menos favorecidos social e economicamente, seja sobre aqueles reconhecidamente diversos quanto à sua cultura e hábitos, como as denominadas populações tradicionais – com destaque para as populações indígenas.

2) Sobre o sistema de saúde como um todo, com ênfase sobre os recursos humanos em exercício e em formação (estudantes) no período ditatorial. A respeito dos efeitos sobre o modelo, estrutura e dinâmica do sistema, sua cobertura populacional, equidade e competência, muito já se estudou e escreveu.

3) Sobre os cidadãos tornados objetos das torturas que ainda hoje carregam as marcas desses acontecimentos gravadas em seus corpos e mentes na forma de sofrimentos, doenças, incapacidades e disfunções que não têm sido objeto de nosso sistema de saúde ou de nossas políticas e planos técnicos e científicos, sequer de simples projetos de investigação isolados. Na área de saúde mental, psicólogos, psiquiatras e psicanalistas têm organizado clínicas de tratamento gratuitas para essa população e seus familiares.

4) Sobre os sistemas socioecológicos e os biomas em todo o país, dadas as políticas de desenvolvimento adotadas de forma autoritária e sem retaguarda das áreas científicas que trabalham as questões interessadas nas mudanças que tais políticas produzem e suas consequências ambientais e sociais.

5) Sobre as populações de todos os tipos e qualificações que foram submetidas à exposição de agentes lesivos à saúde, tais como de agentes químicos e biológicos em diversos tipos de combate aos inimigos internos da ditadura. Esses agentes continuam a ser usados, de formas escamoteadas e não explícitas, nos embates das polícias contra as manifestações da sociedade civil. É necessário que haja um posicionamento mais forte e baseado em evidências científicas do setor e dos trabalhadores da saúde sobre a produção, os efeitos na saúde e o uso de tal tipo de armas. Nesse sentido, pesquisas devem ser elaboradas e controles sociais devem ser criados.

Por último, queremos afirmar que as consequências da ditadura civil-militar são ainda visíveis em nossa sociedade, na medida em que uma justiça de transição, nos moldes do que foi praticado em situações análogas à brasileira, entre nós vem se efetivando tardia e parcialmente. As polícias militares hoje, atuam no controle da população pobre e negra em bairros periféricos. E os jovens negros têm sido as vítimas preferenciais desse tipo de intervenção. Estudos demonstram que cor da pele e status social baixo determinam um número várias vezes maior de mortes por causas externas (Batista, 2002).

A essa situação, seguem-se outras de igual relevância e significado para os propósitos de uma sociedade democrática, ainda que se tenham registrado importantes avanços nas políticas públicas nas últimas décadas, com uma já conhecida redução de importantes indicadores de mortalidade, como a taxa de mortalidade infantil e o aumento relativo na expectativa de vida. Mesmo com o aumento da massa salarial observada na última década e com programas de transferência de renda, ainda é escandalosa a concentração da riqueza, com impactos diretos e indiretos na qualidade de vida e saúde da população e nos escores aceitáveis de distribuição do poder.

A ação de grupos organizados no Estado para a prática de ilícitos de toda ordem, com ou sem desvio de recursos públicos, é garantida com o abusivo recurso ao formalismo da lei e a inação das autoridades quando se trata de criminosos influentes. Tal situação decorre, direta e indiretamente, da impunidade de que se cercaram os agentes da ditadura e que ainda perdura em nossa polícia.

Se hoje o Brasil se faz passar por uma das economias mais dinâmicas do planeta, é bom lembrar que as condições de trabalho não acompanharam tais avanços, e nós já testemunhamos esse tipo de processo na ditadura, na produção do "milagre brasileiro", quando o autoritarismo mostrava sua face. Hoje, acreditamos que ele seja imposto pela concorrência e pela competição promovida pelo neoliberalismo, em que o capitalismo financeiro globalizado vem impondo também a flexibilização das leis de proteção aos trabalhadores e seus benefícios,

além de ajustes da dívida, com penalização principalmente dos salários dos trabalhadores, como podemos observar a cada dia nas notícias veiculadas pela mídia. A intensificação dos processos de trabalho é a palavra de ordem dessa fase crítica da economia globalizada e perpassa todos os setores da própria economia.

Sabemos que grupos sociais inteiros operam no limite do humano. Nem mesmo trabalhadores intelectuais e científicos, como são os professores universitários e pesquisadores, escaparam ao produtivismo desses novos tempos, e se expõem hoje a uma carga de trabalho docente e de produção e publicação de literatura científica incompatíveis com a atividade crítica, própria da academia.

Nesse sentido é que se revestiram da maior importância os trabalhos da Comissão Nacional da Verdade e de todas as outras comissões, entre as quais se inclui a nossa Comissão da Verdade da Reforma Sanitária. É como parte desse processo dinâmico e contraditório que nos juntamos a esse gigantesco esforço pela causa da Democracia em nosso país. Precisamos atuar para restabelecer a Verdade, para reestabelecer nossa história porque queremos Justiça.

A justiça que queremos para os eventos do passado é a mesma que desejamos para as situações do presente. Esta é ainda uma forma de continuar combatendo a ditadura militar-empresarial. É uma forma de completar a redemocratização da sociedade brasileira, que não se realizará enquanto permanecerem impunes os crimes cometidos naqueles tempos sombrios.

Referências

ALVES, M. H. M. Estado e Oposição no Brasil: 1964-1984. Petrópolis: Vozes, 1984.

ÂMBITO JURÍDICO. O seu portal jurídico na internet. Disponível em: <www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_juridica>. Acesso em: 12 jun. 2013.

ARBEX JUNIOR, J. & SOUZA, H. O. (Orgs.). A ditadura militar no Brasil: a história em cima dos fatos. São Paulo: Caros Amigos, 2007.

ARQUIDIOCESE DE SÃO PAULO. Brasil Nunca Mais. Petrópolis: Vozes, 1985.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) & CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE (CEBES). Comissão da Verdade da Reforma Sanitária Abrasco-Cebes (CVRS). Projeto de Trabalho. Rio de Janeiro, 2013.

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (ASDUERJ). Movimentos: movimento estudantil na faculdade de ciências médicas uma história a ser contada. Revista ADVIR, n. 22, out. 2008.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS (ANPOCS). Site. Disponível em: <Portal.anpocs.org/portal/índex.php.¿option=com_content&view=articlefid=645&Itemid=59>. Acesso em: 9 set. 2014.

BASTOS, L. E. A. F. A anistia brasileira em comparação com as da América Latina: uma análise na perspectiva do direito internacional. In: SANTOS, C. M.; TELES, E. A. & TELES, J. A. (Orgs.). Desarquivando a Ditadura: memória e justiça no Brasil. v. II. São Paulo Hucitec, 2009.

BATISTA, L. A. Mulheres e Homens Negros: saúde, doença e morte, 2002. Tese de Doutorado em Sociologia, Araraquara: Universidade Estadual Paulista.

BELISÁRIO, S. Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço construído. In: TRINDADE, N. & SANTANA, J. P. Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006.

BENJAMIN, C. Gracias a La Vida: memórias de um militante. São Paulo: José Olympio, 2013.

BOMFIM, P. R. A. Fronteira amazônica e planejamento na época da ditadura militar no Brasil: inundar a hiléia de civilização? Boletim Goiano de Geografia, 30: 13-33, 2010.

BRASIL. Comissão Nacional da Verdade. Relatório Nacional da Comissão da Verdade. Disponível em: <www.cnv.gov.br>. Acesso em: 12 jun. 2012a.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Declaração Universal de Direitos Humanos. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 12 jun. 2012b.

BRASIL. Comissões da Memória e Verdade no Mundo. Disponível em: <www.dhnet.org.br/verdade/mundo/index.htm>. Acesso em: 12 jun. 2013a.

BRASIL. Comissão da Verdade no Brasil. Núcleo de Preservação da Memória Política. Cartilha da Comissão da Verdade. Disponível em: <www.nucleomemoria.org.br/imagens/banco/files/documentos/cartilha_web_(capa-miolo)_sd.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2013b.

BRASIL. Secretaria dos Direitos Humanos. Memórias da ditadura. Disponível em: <http://memoriasdaditadura.org.br>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BUSS, P. M. Abrasco e a construção da cidadania na saúde (1979-1989), 2014. (Arquivo pessoal).

CALDAS, A. Tirando o Capuz. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CANO, W. Milagre brasileiro: antecedentes e principais consequências econômicas. In: FICO, C. (Org.). Anais do Seminário 1964- 2004: 40 anos de golpe – ditadura militar e resistência no Brasil. Rio de Janeiro: 7Letras, 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE (CEBES). Linha do tempo. Disponível em: <www.cebes.org.br>. Acesso em: 16 jan. 2013.

CENTRO DA MEMÓRIA SINDICAL. Contagem e Osasco: o ressurgimento do sindicalismo. Disponível em: <http://fsindical.org.br/memoria-sindical/1968-contagem-e-osasco-o-ressurgimento-do-sindicalismo/>. Acesso em: 9 jun. 2015.

CINTRA, A. O. As Comissões de Verdade e Reconciliação: o caso África do Sul. Brasília: Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa, 2001.

COMISSÕES DA MEMÓRIA E VERDADE NO MUNDO. Site. Disponível em: <www.dhnet.org.br/verdade/mundo/index.htm>. Acesso em: 12 jun. 2013.

COSTA, E. A. 50 Anos nesta Noite. v. 1. Rio de Janeiro: Nitpress, 2011.

COSTA, J. et al. Coleção entomológica do Instituto Oswaldo Cruz: resgate de acervo científico-histórico disperso pelo Massacre de Manguinhos. História, Ciência, Saúde – Manguinho,15(2): 401-410, 2008.

DAMOUS, W. A justiça transicional no Brasil. In: SEMINÁRIO DIREITO À MEMÓRIA E À VERDADE, 2013, Fortaleza. Anais... Fortaleza: Escola de Magistratura Federal, Núcleo Seccional do Ceará, 2013.

DOCUMENTOS REVELADOS. "O caso das mãos amarradas": prisão e morte de um sargento nacionalista. Disponível em: <www.documentosrevelados.com.br/repressao/o-caso-das-maos-amarradas-prisao-e-morte-de-um-sargento-nacionalista>. Acesso em: 2 jan. 2015.

FOLHA DE S.PAULO. Dops leva à Justiça os matadores de Chandler. Folha de S.Paulo, São Paulo, 28 nov. 1969. Disponível em: <http://almanaque.folha.uol.com.br/brasil_28nov1969.htmhttp://almanaque.folha.uol.com.br/brasil_28nov1969.htm>. Acesso em: jun. 2014.

FONTELES, P. F. Araguaianas: as histórias que não podem ser esquecidas. São Paulo: Anita Garibaldi, 2013.

GARCIA, B. & DAHÁS, N. (Orgs.). Dossiê: o golpe de 1964. Revista de História da Biblioteca Nacional, 7(83): 18-35, 2012.

GASPARI, E. A Ditadura Envergonhada. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2002.

GAUER, R. M. C.; SAAVEDRA, G. A. & GAUER, G. J. C. Memória, Punição e Justiça: uma abordagem interdisciplinar. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

GOMES, A. F. et al. Haity Moussatché: homenagem ao guerreiro da ciência brasileira. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, 5(2): 443-491, 1998.

GONZALEZ, E. & VARNEY, H. Busca da Verdade: elementos para a criação de uma comissão da verdade eficaz. Brasília, Nova York: Comissão de Anistia do Ministério da Justiça, Centro Internacional para la Justicia Transicional, 2013.

HUGGINS, M. K. Uma aliança notória de tortura/resultado perigoso do Brasil: lei da anistia/contrato social autoritário. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL JUSTIÇA DE TRANSIÇÃO E COMISSÃO DA VERDADE: PERSPECTIVAS BRASILEIRAS, 2011, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: IH/UFRJ, 2011.

JOSÉ, E. Galeria F: lembranças do mar cinzento. São Paulo: Caros Amigos, 2012. (Quarta parte: Golpe Tortura Verdade).

LESSA, C. F. M. T. R. Quinze anos de política econômica. Cadernos do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, 1973.

MOTTA, R. P. S. As Universidades e o Regime Militar. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

MOVIMENTO. A direita clandestina ataca. São Paulo, 18 a 24 ago. 1980a.

MOVIMENTO. Unidade contra o terror. São Paulo, 21 a 27 set. 1980b.

PINTO, S. R. Direito à memória e à verdade: comissões de verdade na América Latina. Revista Debates, 4(1): 128-143, 2010.

PORTO, M. F. & SOARES, W. L. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: um panorama da realidade agrícola brasileira e propostas para uma agenda de pesquisa inovadora. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 37: 17-31, 2012.

RODRIGUEZ NETO, E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, sua dificuldade e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

SALVADORI FILHO, F. Polícia Militar mata alarga como a repressão política da ditadura. Revista Adusp, n. 53, 71-79, 2012.

SANTANA, A. B. A BR-163: “ocupar para não entregar”, a política da ditadura militar para a ocupação do “vazio” amazônico. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, XXV, 2009, Fortaleza.

SELIGMANN-SILVA, M. Anistia e (in)justiça no Brasil: o dever de justiça e a impunidade. In: SANTOS, C. M.; TELES, E. A. & TELES, J. A. (Orgs.). Desarquivando a Ditadura: memória e justiça no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2009.

SILVA, C. R. et al. Subsídios para uma Comissão da Verdade da USP. Revista Adusp, n. 53, 2012. Caderno especial, 39-70.

SOARES, W. L. & PORTO, M. F. S. Atividade agrícola e externalidade ambiental: uma análise a partir do uso de agrotóxicos no cerrado brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 12(1): 131-143, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA PROGRESSO DA CIÊNICA (SBPC). Site. Disponível em: <www.sbpc.org.br/¿c=2>. Acesso em: 26 nov. 2014.

TAVARES, L. Um resgate do massacre de Manguinhos. Revista Radis, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/um-resgate-do-massacre-de-manguinhos>. Acesso em: dez. 2013.

TELES, J. A. Entre o luto e a melancolia: a luta dos familiares de mortos e desaparecidos políticos no Brasil. In: SANTOS, C. M.; TELES, E. A. & TELES, J. A. (Orgs.). Desarquivando a Ditadura: memória e justiça no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2009.

ULTIMA INSTÂNCIA. Juristas de exceção: Luiz Antônio da Gama e Silva, o idealizador do AI-5. Disponível em: <http://ultimainstancia.uol.com.br/conteudo/noticias/68044/juristas+de+excecao+luiz+antonio+da+gama+e+silva+o+idealizador+do+ai-5.shtmll>. Acesso em: 14 dez. 2014.

WORLD BANK. World development report 1993: investing in health. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976 >. Acesso em: 20 set. 2014.

A Abrasco Faz Ciência e Avança em Conhecimentos: contribuições da *Ciência & Saúde Coletiva* e da *Revista Brasileira de Epidemiologia*

Maria Cecília de Souza Minayo
Romeu Gomes
Márcia Furquim de Almeida
Moisés Goldbaum
José da Rocha Carvalheiro

As duas revistas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Ciência & Saúde Coletiva e Revista Brasileira de Epidemiologia, estão entrando na sua maturidade. A primeira completa 20 anos em 2015, e a segunda, 18. Como sempre acontece com a evolução histórica das coisas e das pessoas, os desafios e as responsabilidades que ambas têm de enfrentar cresceram e tendem a aumentar ainda mais ao longo dos anos, ao mesmo tempo que se mantêm as tradições da área. De um lado, é permanente o compromisso das duas publicações com as questões e os desafios da saúde pública brasileira. De outro, se intensificam as exigências dos setores responsáveis pelo desenvolvimento da ciência e tecnologia no país para que a qualidade da produção do conhecimento, medida por parâmetros consagrados internacionalmente ou ainda em construção no mundo acadêmico, as aproxime dos melhores escores internacionais.

Este capítulo versa sobre dois pontos: mudanças ocorridas no mundo da divulgação científica e as que já se vislumbram; e a abrangência e a significância do que é produzido em ambos os periódicos para a saúde da população brasileira.

Mudanças no Mundo da Divulgação Científica

As transformações que vêm ocorrendo com as duas revistas da Abrasco correspondem às crescentes e aceleradas mudanças no campo da informação e da comunicação e, nesse cenário, nas formas de apresentação dos produtos científicos e tecnológicos. As mais relevantes dizem respeito ao uso da internet. O formato digital no ambiente on-line, atualmente, faz convergirem autores, pareceristas, editores e leitores que interagem de forma dinâmica, como

referem Byrnes e colaboradores (2013) em artigo comentado pela SciELO em Perspectiva (2015). Nesse particular, tanto Ciência & Saúde Coletiva como a Revista Brasileira de Epidemiologia encontram-se com todo o seu processo editorial on-line e são divulgadas numa grande variedade de bases de dados, levando o que nelas é publicado para leitores do mundo inteiro. No entanto, tendo em conta a reflexão de Byrnes e colaboradores (2013), elas ainda têm um longo caminho a percorrer.

Se até meados dos anos 1990 o foco editorial estava nos periódicos impressos, a web, além de mudar todo o processo, possibilitou o surgimento de novos produtos e novas formas de comunicação, facilitando a divulgação das ideias e do conhecimento. Não apenas os processos envolvidos nas várias etapas da publicação científica vêm-se transformando rapidamente; crescem também os meios de se tornar a ciência produzida no mundo mais acessível com o uso de blogs, discussão em redes sociais e boletins de divulgação, por exemplo. Pari passu aumentam também a competição e as polêmicas sobre o impacto dos artigos divulgados, o que pode ser ressaltado pela corrida desenfreada para publicar e ser citado, realidade que envolve pesquisadores, instituições que os albergam, países que produzem ciência e revistas que publicam os trabalhos. Portanto, da coleta de dados pelos pesquisadores até a publicação, as profundas modificações do mundo da editoração passaram a transcender a simples mudança da versão impressa para a versão on-line dos periódicos. Repercutem em todo o mundo acadêmico os movimentos pelo acesso aberto, o surgimento dos repositórios temáticos e institucionais de artigos, assim como novas formas de conduzir o processo de peer review. Nessa avalanche de mudanças, inclui-se o florescimento das editoras comerciais, que cada vez mais vêm lucrando com a divulgação científica mundial, cobrando para publicar e também para dar acesso aos artigos que disseminam.

Byrnes e colaboradores (2013) propõem um debate prospectivo sobre o que denominam os quatro pilares da comunicação científica: a constituição e convivência de um ecossistema dos produtos e formatos; a publicação imediata em acesso aberto; o processo aberto de peer review; e o reconhecimento público dos pareceristas. SciELO em Perspectiva (2015) alinha-se com esse debate.

Quanto à ampliação da divulgação científica, os autores ressaltam a tendência de se mudar o foco hoje apenas colocado nos artigos (uma monocultura acadêmica) para a criação de vários produtos que disseminam o conhecimento, como redes sociais, publicação imediata pós-revisão, repositórios de dados, coleções on-line de matérias pré-publicadas e outros que serão cada vez mais utilizados num processo multimídia recursivo em que um produto potencializa o outro.

O segundo pilar versa sobre a agilidade na divulgação. Byrnes e colaboradores (2013) afirmam que a forma vigente de disseminar conhecimentos remonta ao século XVII e se deve às publicações impressas. Muitas revistas ainda se expressam espelhando-se nesse passado. A lentidão desse processo pode trazer consequências prejudiciais aos autores e a todos os

que se beneficiariam do conhecimento gerado pela pesquisa científica. SciELO em Perspectiva (2015) informa que vários publishers estão trabalhando com ferramentas e meios imediatos de divulgação muito mais velozes e com formatos especiais de avaliação dos originais. Cita três exemplos: a iniciativa PeerJ, um publisher de artigos acadêmicos em acesso aberto; o PLoS ONE, o maior divulgador atual da ciência produzida; e o repositório de artigos na área de física, matemática e ciências da computação arXiv. Em várias dessas iniciativas, a publicação em acesso aberto não se submete ao processo de peer review tradicional. Elas inovam, permitindo aos autores incluírem os manuscritos em formato preliminar, lançando-os ao público de sua área, à espera de comentários e sugestões que os ajudem a melhorar o texto antes de enviá-lo definitivamente ao periódico. Tais iniciativas compartilham uma política de publicação que não se baseia em impacto, mas no aprimoramento da metodologia, no rigor científico, na integridade editorial e na rápida disseminação do conhecimento.

O terceiro pilar é o processo aberto de peer review. Byrnes e colaboradores (2013) lembram que os editores têm o poder de definir como será o processo de avaliação de seus periódicos. Os formatos mais frequentes são o denominado cego, nos quais o parecerista permanece anônimo, mas tem acesso à identificação dos autores; e o denominado duplo-cego, no qual os pareceristas e autores permanecem anônimos. Embora possa parecer o contrário, esse processo moroso recebe inúmeras críticas: não está livre de preconceitos, de visões pessoais ou de rivalidades, de maus julgamentos e de vieses, como ressaltam Ho e colaboradores (2013).

Entretanto, não há análise científica perfeita, e não se sabe se os meios mais arrojados propostos seriam os melhores. Como já foi referido por um dos mais eminentes epistemólogos do século XX, Karl Popper (1985), com toda a imperfeição que carrega em si, a melhor forma de avançar a ciência ainda é a avaliação por pares (que, na verdade, a forma tradicional e as alternativas conservam). Kriegeskorte (2012) é um entusiasta da avaliação aberta, em analogia ao termo acesso aberto, e sugere que os comentários dos pareceristas façam parte do artigo, e divulgados ou em páginas web ou em blogs mantidos pelo periódico. Essa modalidade apresenta como vantagem a valorização do trabalho especializado e minucioso dos pareceristas, trabalho esse que acaba descartado quando é concluído o processo editorial. Alguns periódicos, como PLos ONE e o PeerJ, já oferecem aos autores a opção de publicar os comentários dos pareceristas.

Por fim, o quarto pilar proposto por Byrnes e colaboradores (2013) é o reconhecimento público dos pareceristas. A contribuição intelectual dos avaliadores dos originais é fundamental para a preservação da qualidade do processo editorial. No entanto, a maior queixa dos editores é a dificuldade de adesão dos pesquisadores a esse trabalho. O processo de avaliação aberta pretende fazer jus aos bons pareceristas e às revisões que contribuem significativa e positivamente para melhorar a qualidade dos artigos. A proposta dos citados autores é que, de forma aberta, se amplie o processo de debate envolvendo mais pesquisadores do que os dois ou três tradicionalmente utilizados, de forma a levar o artigo para um fórum de pares.

Para as revistas da Abrasco, 2015 promete ser um ano de mudanças, pois a biblioteca virtual SciELO (Scientific Electronic Library Online) vem adotando novos critérios para admissão e permanência de publicações em suas bases de dados, visando a aumentar a presença e o impacto internacional dos artigos. Entre as mudanças, cujas metas deverão ser cumpridas paulatinamente, destaca-se o crescimento da quantidade de artigos escritos em inglês para pelo menos 75% de toda a coleção, cujo percentual hoje é de 60%; e o aumento de pesquisadores estrangeiros nos corpos editoriais e na publicação de trabalhos. No entanto, está-se ainda longe do que foi descrito por Byrnes e colaboradores como futuro da divulgação científica.

Importância e Significado da *Ciência & Saúde Coletiva* e da *Revista Brasileira de Epidemiologia* para a saúde pública brasileira

A Abrasco, com os seus 15 anos de existência, em 1996, atingiu mais um estágio de maturidade acadêmica no campo da saúde, criando a sua primeira revista: Ciência & Saúde Coletiva. E aos 17 anos, começou a editar a Revista Brasileira de Epidemiologia, que surgiu graças à importância crescente dessa área no campo da saúde pública. Com isso, a associação ganhou uma forte ancoragem para seguir em sua missão na qualificação profissional, no fortalecimento da produção de conhecimento e no aprimoramento da formulação de políticas de saúde, educação e de ciência e tecnologia, contribuindo para o enfrentamento dos desafios da saúde da população brasileira.

Ciência & Saúde Coletiva

O periódico Ciência & Saúde Coletiva surgiu logo após a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, simbolicamente demarcando mais uma etapa na história da associação e no seu envolvimento para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os princípios mandatórios da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de 1990. Assim, no fim de sua adolescência institucional, a Abrasco obteve o passaporte para o mundo adulto da produção e disseminação do conhecimento científico, qualificando, de forma cada vez mais decisiva, sua relação ação-pensamento-ação em saúde.

Em seu primeiro volume, composto de artigos encomendados, Ciência & Saúde Coletiva convocou a comunidade da associação a participar da construção da revista, tendo como meta oferecer ao mercado editorial duas edições anuais. Por meio dessa convocatória, suas páginas se abriram para as diferentes subáreas e para a diversidade teórica que, de forma comprometida, integra o campo da saúde coletiva. Sem deixar de fora a contribuição do núcleo duro do pensamento do campo, que tradicionalmente congrega epidemiologia, planejamento e ciências sociais, desde então passou a integrar a multiplicidade de olhares de outras disciplinas, como saúde bucal, história, demografia, enfermagem, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia social e psiquiatria, por exemplo, com a condição de

que se orientem para a análise e a avaliação dos problemas de saúde e qualidade de vida da população brasileira.

Em 2002, já com quatro números anuais e características institucionalizadas de um periódico em pleno desenvolvimento, Ciência & Saúde Coletiva foi indexada no SciELO, e em 2005 exibia outras indexações, tais como: Lilacs, Latindex, Red ALCyC e CSA Sociological Abstract.

Ainda em 2005, comemorando seus dez anos de existência, a revista fixou o propósito de ampliar sua divulgação e reconhecimento por meio de busca por novas indexações, com a abertura de um site (<www.cienciaesaudecoletiva.com.br>) – transformando todo o processo de submissão, de avaliação de comunicação com os autores, antes em papel, em meio virtual – e o estabelecimento de parceria com quatro revistas de outros países: Environmental Health Perspective (National Institute of Environmental Health Sciences, EUA); Salud Pública (Instituto Nacional de Salud Pública, México); Ciencia y Trabajo (Fundación Nacional de Ciencia y Tecnología, Chile); e Salud Colectiva (Asociación Civil Salud Colectiva y Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

Em 2006, Ciência & Saúde Coletiva passou a publicar seis edições anuais. E no ano seguinte galgou um importante degrau rumo ao reconhecimento internacional, por meio de sua indexação na base de dados MedLine. O comitê que aprovou essa indexação levou em conta a qualidade da revista e a sua importância na área. Com isso, cada vez mais, ela foi se institucionalizando, realidade diante da qual dificilmente retrocederá.

No ano 2008, com 13 anos de existência, Ciência & Saúde Coletiva foi aceita pela ISI/Thomson, a base de dados e de medição de impacto mais valorizada pelo mundo científico. Cada passo que deu foi um desafio para exigir mais qualidade dos textos que publica, o que vem sendo responsável pelo aumento de citações dos seus artigos: um processo lento, mas crescente.

Editando 12 números anuais desde 2011, Ciência & Saúde Coletiva chegou ao fim de 2014 a 19 volumes, cada um com trinta artigos, indexados em 19 bases de dados internacionais e regionais, dentre as quais: ISI/THomson, Medline, PubMed, SciELO e Scopus. Em 27 de dezembro desse ano, na coleção da SciELO, a revista figurava como o quinto título mais visitado, com 986.769 acessos a sua página. Na classificação do sistema Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do Ministério da Educação, o periódico em questão consta como B1 nas áreas de saúde coletiva, antropologia, arqueologia, economia, enfermagem e sociologia; A2 nas áreas de ciências sociais aplicadas I, ensino, psicologia e serviço social; e A1 em direito.

Ao longo de seus 19 anos, Ciência & Saúde Coletiva participou, com expressiva produção, de marcos importantes da saúde pública nacional e internacional. Destacam-se as edições especialmente preparadas para subsidiar as Conferências Nacionais de Saúde; a 2ª e 3ª Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador; a comemoração dos 100 anos da

saúde pública brasileira; o 10º aniversário da Conferência Global sobre o Meio Ambiente; os 20 anos do SUS; os 100 anos do Relatório Flexner e a Conferência Rio+20 sobre a questão ambiental, entre outros importantes eventos.

Ciência & Saúde Coletiva é uma revista com foco temático, alinhando-se ao propósito da Abrasco de adensar a reflexão sobre assuntos de elevado interesse para o desenvolvimento da saúde pública do país por meio de discussões acadêmicas, debates interpares e avaliação de processos e impactos das políticas e dos programas de saúde. A pauta dos números temáticos é criada por vários tipos de propostas: 1) provenientes de professores e pesquisadores da área e comitês da Abrasco; 2) vindas de coordenadores de pesquisas em âmbito nacional, inéditas e relevantes para o setor Saúde; 3) chamadas públicas anunciadas nas páginas da revista; e 4) organização interna dos próprios editores-chefes, reunindo sob um título pertinente os artigos aprovados na livre demanda.

Ao longo da sua trajetória e em cada um dos seus números, o campo da saúde coletiva foi abordado com base em diferentes dimensões: saúde do trabalhador, violência e saúde, políticas públicas, gênero e saúde, economia da saúde, ciência e tecnologia em saúde, genética e saúde pública, ética em pesquisas com células-tronco, impacto da questão social sobre a saúde, SUS como política de Estado, avaliação em saúde, análise das várias Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios que trataram do tema da saúde (Pnad-Saúde), saúde do homem, entre muitas outras. No caso deste último tema, a revista foi pioneira, abrindo caminho para os primeiros movimentos de criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Cada número da publicação é introduzido por um editorial que apresenta a temática abordada pelos artigos, discute aspectos relacionados à política de divulgação do periódico e, ainda, mapeia avanços e limites observados em alguns temas no país. Ao longo dos 19 anos analisados, foram publicados 112 editoriais. A análise de conteúdo desse volumoso trabalho revela o amplo espectro temático da revista, apontando a diversidade do campo da saúde coletiva – que tanto integra diferentes regiões disciplinares quanto subordina tais regiões à discussão de questões fundantes que o atravessam (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de editoriais por temas – 1996-2014

Temas	N.	%
Políticas de saúde	14	13%
Saúde do trabalhador	8	7%
Saúde e ambiente	8	7%
Saúde da criança e do adolescente	7	6%
Informação e saúde	7	6%
Ciência e saúde coletiva	7	6%
Saúde do idoso	6	5%
Ciências sociais e humanas em saúde	6	5%
Violência como questão de saúde pública	6	5%
Gênero e saúde	5	4%
Alimentação, nutrição e saúde	5	4%
Drogadição e saúde mental	5	4%
Planejamento em saúde	5	4%
Tecnologia e saúde	3	3%
Questões sociais e saúde	3	3%
Formação em saúde	3	3%
Vigilância em saúde e imunização	3	3%
Males do Brasil contemporâneo	3	3%
Qualidade de vida	2	2%
Avaliação em saúde	2	2%
Biologia, genética e saúde	1	1%
Epidemiologia (como tema epistemológico)	1	1%
Saúde bucal coletiva	1	1%
Assuntos variados	1	1%
Total	112	100%

Fonte: Elaboração dos autores com dados recolhidos no *site* <cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 20 mar. 2015.

Na Tabela 1, há duas classificações que não apresentam temáticas específicas: Ciência e saúde coletiva e Assuntos variados. A primeira delas relaciona-se a discussões da própria política editorial da revista. A segunda, diz respeito a objetos de estudo diversos que pela pouca frequência não foram classificados separadamente.

Sobre a categorização apresentada, é importante dizer, em primeiro lugar, que um tema não pode ser avaliado isoladamente pela sua frequência. Por exemplo: um que tenha sido classificado com frequência 1 corresponde a dez artigos ou mais a ele relacionados. Em contrapartida, há cerca de vinte artigos que em cada número temático são publicados e tratam dos mais diferentes assuntos da saúde coletiva. Portanto, a temática não se esgota nas edições específicas, como é o caso da epidemiologia. Embora ela seja tratada como tema – do ponto de vista epistemológico – em apenas um número, boa parte dos artigos da revista se ancora

em abordagens epidemiológicas. Por isso, caso fosse aprofundada a análise de conteúdo de todos os trabalhos publicados ao longo dos 19 anos, outras temáticas aqui não apontadas e as citadas teriam sua frequência aumentada, configurando uma pontuação diferente da que consta da Tabela 1. No entanto, o tópico Políticas de saúde, stricto sensu, é o primeiro no ranking dos temas com 14 editoriais. Essa frequência seria maior se fossem adicionados outros assuntos como Saúde do idoso e Saúde e ambiente, Violência como questão de saúde pública, em que os editoriais também tratam de conteúdos políticos relacionados.

Ciência & Saúde Coletiva, comparada a outros periódicos da área, foi o que mais publicou artigos relacionados ao tema saúde coletiva. No conjunto dos 199 artigos sobre esse assunto disponíveis no SciELO, em 2 de janeiro de 2015, 39% foram publicados nela (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de artigos com o assunto saúde coletiva por periódicos

Temas	N.	%
Cadernos de Saúde Pública	4	2%
Ciência & Saúde Coletiva	78	39%
Physis	17	9%
Revista Brasileira de Epidemiologia	3	2%
Revista de Saúde Pública	3	2%
Saúde e Debate	4	2%
Saúde e Sociedade	17	9%
Outros	73	37%
Total	199	100%

Fonte: Packer, no prelo.

Ciência & Saúde Coletiva, em todos os itens, predominou em relação a artigos sobre o SUS, tema caro ao campo, no conjunto dos 197 títulos disponíveis no SciELO em 2 de janeiro de 2015. Ela responde por 23% do tema (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de artigos com o assunto SUS por periódicos

Temas	N.	%
Cadernos de Saúde Pública	3	2%
Ciência & Saúde Coletiva	46	23%
Physis	10	5%
Revista Brasileira de Epidemiologia	7	4%
Revista de Saúde Pública	18	9%
Saúde e Debate	2	1%
Saúde e Sociedade	18	9%
Outros	93	47%
Total	197	100%

Fonte: Packer, no prelo.

Revista Brasileira de Epidemiologia

A Revista Brasileira de Epidemiologia entra em 2015 em sua maioridade, portanto recuperar sua história é um passo importante para se desenhar o seu futuro. A proposta de seu lançamento nos anos 1990 encontrou raízes no próprio desenvolvimento, crescimento e consolidação do campo disciplinar no Brasil. Ou seja, ela é fruto da notável história vivenciada pela epidemiologia brasileira, especialmente a partir dos anos 1970, quando se encontrou solidariamente incorporada ao movimento de constituição da saúde coletiva no país.

O estabelecimento, em 1984, pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, na época Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, de sua Comissão de Epidemiologia representou um dos primeiros passos para sistematizar os amplos debates que mobilizavam a comunidade de pesquisadores, docentes e profissionais de serviços de saúde na produção e aplicação de conhecimentos gerados. Igualmente, a comissão fundou-se como importante instância para elaboração e proposição de políticas visando ao sustentado desenvolvimento da disciplina, tendo como diretriz central sua indissociável articulação com os demais campos disciplinares integrantes da moderna saúde coletiva. Composta, como sempre foi, por membros da comunidade de sanitaristas, cujo interesse preponderante estava centrado em estudos epidemiológicos, organizou-se de tal forma a garantir a abrangência de tendências e visões próprias da área.

Na condição de comissão assessora das sucessivas diretorias da Abrasco, das quais sempre recebeu o apoio para suas iniciativas, pôde, nesses trinta anos de atividades, organizar eventos, realizar reuniões técnico-científicas e promover intercâmbios de grupos nacionais e estrangeiros. Todas essas atividades propiciaram o desenvolvimento da disciplina em plena articulação com o conjunto da saúde coletiva, em processo coordenado pela Abrasco. Como reflexo dessa pujança, o papel da epidemiologia cada vez mais se tornou patente tanto na produção de conhecimentos como no comprometimento com a realidade sanitária brasileira.

Do ponto de vista de sua influência nos serviços de saúde, assinala-se o destacado papel que a comissão teve ao mobilizar a massa crítica de epidemiologistas, influenciando decisivamente a criação e o estabelecimento do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), que hoje se transformou na bem-sucedida Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Essa comissão ajudou a abrir amplas perspectivas para um trabalho conjunto e articulado do meio acadêmico com os serviços de saúde.

Favorecida pela estreita relação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a epidemiologia brasileira pôde acompanhar os movimentos por ela desencadeados – e se beneficiar deles – para o fortalecimento da disciplina no continente americano, evidenciado pela divulgação e ampla distribuição do compêndio The Challenge of Epidemiology: issues and selected readings (Buck et al., 1998). Este compêndio, especialmente sua versão em espanhol, foi uma das representações dos esforços que os técnicos da Opas empregaram para difundir o conhecimento epidemiológico no continente e expressou a necessidade de se divulgar

e difundir a produção desse campo disciplinar. A Opas, em conjunto com a Comissão de Epidemiologia e articulada com o Ministério da Saúde, foi elemento-chave para apoiar e financiar, em 1990, o 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado no campus da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Esse foi, numa visão sintética e objetiva, o cenário de nascimento da Revista Brasileira de Epidemiologia. A partir de várias iniciativas, o movimento confluiu para a definição de estratégias e ações que garantiram a sustentabilidade do desenvolvimento harmônico da disciplina. Em 1989, como expressão maior desse esforço, em reunião sobre "Estratégias para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil" realizada em Itaparica (Bahia), desenhou-se o Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil (Abrasco, 1989). É neste plano e nos planos quinquenais que se encontram registradas as bases conceituais para se determinar a criação de um instrumento próprio para divulgar a produção técnico-científica que se concretizou na Revista Brasileira de Epidemiologia, objeto de análise desta seção.

A leitura dos planos diretores mostra a preocupação em se garantir a existência de instância de divulgação de conhecimento produzido pelos epidemiologistas, seja no âmbito acadêmico, seja no âmbito dos serviços de saúde. Já no primeiro, que tratou de três grandes áreas de atuação, recursos humanos, pesquisa e prática em serviços de saúde, constata-se o empenho em se dispor de instrumentos adicionais aos então existentes de divulgação e difusão dos produtos elaborados, como se observa na seguinte proposta: "constituir veículos permanentes em nível nacional (...) de divulgação de informações (...) como, por exemplo, a criação de uma revista de Saúde Coletiva" (Abrasco, 1989: 12). Tais diretrizes são reiteradas nos planos seguintes. E a resposta a essas determinações encontra-se na criação da Revista Brasileira de Epidemiologia, que vem se juntar, de modo cooperativo e complementar, às revistas coirmãs da área de saúde coletiva.

O maior desafio para uma revista científica nacional é manter a regularidade e continuidade. Ao longo do tempo, a Revista Brasileira de Epidemiologia conseguiu enfrentar esse desafio e, após um início conturbado, superou as dificuldades e conseguiu, por seus méritos científicos, ser indexada em diversas bases, como Lilacs em 2000; SciELO em 2005; Scopus em 2007; e Medline/Pubmed em 2010.

Sua indexação na base SciELO e em outras bases permite o acesso livre, e seus resumos contemplam versões em português, espanhol e inglês, visando a atender sua influência nas comunidades de pesquisadores, profissionais de serviços de saúde e população da América Latina, do Caribe e da África, em especial. Atualmente, a revista inteira é bilíngue: português e inglês.

A Revista Brasileira de Epidemiologia tem, como política editorial, a missão de disseminar artigos de livre demanda da comunidade acadêmica de saúde coletiva com abordagens epidemiológicas: 99,5% dos artigos publicados têm essa origem. Ao longo de sua trajetória, também fez cinco suplementos de grande interesse para o SUS, entre os quais: estudo sobre

o papel da epidemiologia na construção do SUS; artigos referentes a inquéritos populacionais sobre saúde; resultados de grandes estudos nacionais, como Vigitel (pesquisa por telefone como parte da estratégia de vigilância em saúde) ou Pense (pesquisa nacional de saúde escolar). Igualmente, dois congressos brasileiros de epidemiologia tiveram seus anais publicados em meio magnético como suplemento da revista.

Ao longo do tempo, tendo em vista a importância de se ampliar a visibilidade internacional da produção científica disseminada pela Revista Brasileira de Epidemiologia, adotaram-se diversas medidas. No início, todos os artigos publicados em português (ou em espanhol) deveriam ser acompanhados por um extended summary em inglês. Esta solução foi reconhecida como inviável e rapidamente abandonada. Mais recentemente, passou-se a publicar artigos completos em português e inglês, inicialmente com o custo da tradução bancado pelos autores e, posteriormente, em 2014, pela própria revista, de modo a homogeneizar a qualidade da tradução e ampliar sua visibilidade com a edição de todos os artigos em duas línguas. Entretanto, essa política editorial tem um elevado custo, representando quase metade das despesas editoriais. Tendo em vista a ampliação do acesso a meios eletrônicos tanto na área acadêmica como nos serviços de saúde, decidiu-se disseminar a revista apenas em meio virtual. Esta decisão foi uma forma de reduzir custos e possibilitar a disseminação bilíngue dos artigos.

Os compromissos que estavam presentes na criação da Revista Brasileira de Epidemiologia com a realidade sanitária nacional e as características da epidemiologia brasileira, em que há uma intensa troca entre o ambiente acadêmico de produção de conhecimento e os serviços de saúde, reflete-se nos artigos científicos por ela disseminados. Tomando-se por base os números relativos aos anos de 2012 a 2014, verifica-se que os principais temas abordados foram doenças infecciosas e crônicas, nutrição e estudos metodológicos, que responderam, como um todo, por cerca de 52% do total. Outras temáticas relevantes na agenda da saúde também entraram na pauta, como violência e saúde, estilo de vida/comportamento, saúde do idoso, saúde da mulher e da infância e saúde bucal.

Para melhor compreender o grande número de artigos de nutrição na revista, é importante dizer que existem poucos periódicos indexados nessa área em comparação ao aumento e à importância crescente dos estudos epidemiológicos produzidos sobre a temática. Vale ainda registrar que o perfil dos artigos publicados reflete a transição nutricional do país, predominando os que tratam de obesidade, qualidade da dieta e problemas metodológicos.

A maioria dos textos sobre enfermidades infecciosas refere-se a doenças emergentes como Aids ou hepatite B; ou ainda a doenças reemergentes de importância no perfil epidemiológico da população, como é o caso da dengue. Fazem parte desse perfil trabalhos sobre tuberculose e hanseníase. A revista também tem uma ampla gama de artigos que avaliam aspectos epidemiológicos dos serviços de saúde e que caracterizam a práxis da epidemiologia brasileira.

Quanto ao impacto da produção científica disseminada, o portal SciELO passou a divulgar o número de requisições dos textos completos da Revista Brasileira de Epidemiologia. Em 2005, ocorreram 184.928 requisições on-line dos artigos, subindo para 511.154 em 2014, o que representa um crescimento de 176,4% (SciELO, 2015). O fator de impacto do periódico medido pelo portal do SciELO cresceu de 0,2308 em 2005 para 0,7692 em 2013 (SciELO, 2015). Suas principais fontes de citação são as revistas da área de saúde coletiva, respectivamente Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva e Revista de Saúde Pública.

Conclusões

Parafraseando Pierre Bourdieu (2004), pode-se considerar que, para compreender a produção de Ciência & Saúde Coletiva e da Revista Brasileira de Epidemiologia, não basta apenas entender o seu conteúdo textual, as relações entre textos e contextos ou os números de sua produção. É necessário levar em conta o campo em que se insere o periódico. O campo que mais lhe diz respeito é o científico – embora seu foco seja proporcionar qualidade à reflexão tanto sobre a política como sobre os serviços com os quais está em permanente colaboração –, que como qualquer outro é integrado por relações de força e lutas (Bourdieu, 1983a). Por isso, segundo esse sociólogo, o campo deve ser visto como espaço estruturado de posições ou postos que podem ser alterados ou contestados (Bourdieu, 1983b, 2004). Os periódicos científicos – vistos como veículos de comunicação do campo – assumem um papel importante na ordem estabelecida. Eles consagram, servem de filtro seletivo, atestam valor às pesquisas, asseguram a propriedade intelectual, legitimam novos temas e definem o que é publicável (Bourdieu, 1983a).

Nesse microcosmo, há distribuição de capital específico (quantidade de acúmulos de forças) entre os agentes e as instituições, o que foi mostrado, particularmente em relação à Revista Brasileira de Epidemiologia. Esse capital – cujos componentes são econômicos, sociais, culturais e simbólicos – é produto de dinâmicas e movimentos anteriores e orienta estratégias ulteriores. A coexistência das várias forças opera tanto para manter o mito originário de cada um dos periódicos quanto para impulsionar sua transformação. Nesse sentido, os dois têm sua própria história e sua autonomia relativa em relação às outras publicações da mesma área. E devem ser analisados independentemente das características de seus editores-chefes – embora eles tenham um papel fundamental, pois imprimem marcas a seus mandatos (Bonewitz, 2003; Bourdieu, 2009).

A existência do habitus, ou seja, da cultura de cada uma, formada por um sistema de disposições duráveis e transponíveis que se reproduzem ao longo do tempo, responde pelo seu acervo de conhecimentos adquiridos e por uma matriz social e historicamente construída. Tais disposições tanto integram as experiências passadas (estruturas estruturadas) quanto geram e organizam práticas (estruturas estruturantes) (Bourdieu, 1992, 2002). É nesse particular que

se compromete todo o corpo constitutivo das revistas: editores-chefes, comissão de política editorial, editores associados, conselheiros editoriais, avaliadores ad hoc, indexadores e outros. Portanto, habitus e campo se articulam, uma vez que nas disputas para identificar e diferenciar o campo é preciso que pessoas dotadas desses habitus se impliquem (Bourdieu, 1989).

A saúde coletiva, área que se foi estruturando a partir de 1979, pode ser considerada como um campo científico, pois dispõe de orientação teórica, metodológica e política (Nunes, 1996). Nela, desde seu nascedouro, algumas tensões salutares estão presentes: a instrumentalidade da ação, o saber acadêmico e a militância política (Nunes, 1998). Ou seja, esse campo em construção tem características peculiares que o diferenciam da saúde pública tradicional e da medicina preventiva, de onde se originou (Nunes, 1998). Suas estruturas, estruturadas e estruturantes, fortalecem o compromisso e a peculiaridade de origem – particularmente, a visão social dos problemas de saúde –, gerando instrumentos para sua permanente renovação.

Na interseção entre os polos de tensão acadêmica, política e de práticas estão todos os periódicos de saúde coletiva que aqui foram em algum momento mencionados, cada um com seu próprio habitus, permitindo a expressão de indivíduos e coletivos e conformando a identidade da área. No caso dos dois periódicos da Abrasco, eles são fundamentais: de um lado, contribuem com o rigor das avaliações para o crescimento da massa crítica que vai construindo o campo, assim como delimitam – ainda que de forma bastante generosa – suas fronteiras de conhecimento. De outro lado, divulgam para a comunidade de pares nacional e de todo o mundo o que aqui vai sendo produzido e consolidado. E ainda, num processo recursivo, trazem para a associação o reconhecimento internacional.

É nessa perspectiva que Ciência & Saúde Coletiva e Revista Brasileira de Epidemiologia devem ser situadas. A história da primeira, com início em 1996, e da segunda, que se originou em 1998, confunde-se com a própria história da saúde coletiva brasileira. É importante assinalar que essas duas revistas continuam pujantes, em pleno processo de aprimoramento e expansão, honrando o nome da Abrasco como uma associação científica que divulga conhecimentos e se apropria deles para atuar politicamente no campo da saúde, assim como para avaliar e subsidiar as boas práticas que podem melhor qualificar o SUS.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

BONNEWITZ, P. Primeiras Lições sobre a Sociologia de P. Bourdieu. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática, 1983a.

BOURDIEU, P. Questões de Sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983b.

BOURDIEU, P. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro, São Paulo: Bertrand Brasil, Difel, 1989.

BOURDIEU, P. A Economia das Trocas Simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 1992.

BOURDIEU, P. Esboço de uma Teoria da Prática. Oiras: Celta, 2002.

BOURDIEU, P. Os Usos Sociais da Ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Unesp, 2004.

BOURDIEU, P. O Senso Prático. Petrópolis: Vozes, 2009.

BUCK, C. et al. The Challenge of Epidemiology: issues and selected readings. Washington: Pan American Health Organization, 1988.

BYRNES, J. E. K. et al. The four pillars of scholarly publishing: the future and a foundation. PeerJ PrePrints, 1: e11v1, 2013.

HO, R. C. et al. Views on the peer review system of biomedical journals: an online survey of academics from high-ranking universities. BMC Medical Research Methodology, 13: 74, 2013.

KRIEGESKORTE, N. Open evaluation: a vision for entirely transparent post-publication peer review and rating for science. Frontiers in Computational Neuroscience, 6: 79, 2012.

NUNES, E. V. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. Ciência & Saúde Coletiva, 1(1): 55-69, 1996.

NUNES, E. V. Saúde coletiva: história e paradigmas. Interface, 2(3): 107-116, 1998.

PACKER, A. L. Indicators of national focus of the research published by public health journals edited in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva, 20(7), no prelo.

POPPER, K. E. A Lógica da Pesquisa Científica. São Paulo: Edusp, 1985.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE (SciELO). Revista Brasileira de Epidemiologia: fator de impacto dos últimos três anos. Disponível em: <http://statbiblio.scielo.org//stat_biblio/index.php?no=18.xml&state=18&lang=pt&issn=1415-790X>. Acesso em: 1 fev. 2015.

Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço consolidado

5

Soraya Almeida Belisário

Ao se comemorarem os 25 anos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), foi elaborada uma publicação que, entre outras temáticas, apresentou a historiografia dos congressos realizados pela entidade desde sua fundação até o ano de 2006 (Lima & Santana, 2006). Procurou-se, assim, traçar um panorama desses eventos, abrangendo tanto o Abrascão como os congressos por áreas específicas realizados até então, quais sejam: epidemiologia e ciências sociais em saúde.

Por ocasião da comemoração dos 35 anos da associação, esta nova publicação é organizada, e mais uma vez a abordagem desses importantes e significativos eventos se faz presente. Tal abordagem se justifica não só pela continuidade histórica do registro como também pelas marcantes mudanças ocorridas no âmbito da instituição e que tiveram nesses congressos um lócus de discussão e realização. Nesse período, criou-se mais um congresso de área específica da saúde coletiva: política, planejamento e gestão em saúde, que realizou dois eventos (2010 e 2013).

Uma associação científica como a Abrasco tem, nesses encontros, a possibilidade de divulgar sua produção científica, difundir conhecimentos, trocar experiências, apresentar propostas políticas e inovações. Momentos também de propiciar reuniões de diversas entidades, lançamentos editoriais, interação e congraçamento dos associados com a sociedade, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a academia. Acrescente-se a oportunidade do diálogo mais próximo com seus associados, aproveitando sua presença, para a discussão de novas propostas e projetos para a entidade.

Assim, foi a partir de uma reunião ampliada da diretoria da Abrasco, realizada em Salvador (BA), por ocasião do I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão

em Saúde, em 2010, que contou com representantes de grupos temáticos (GTs), comissões e fóruns da Abrasco na qual foram compiladas diversas propostas dos seus respectivos representantes, que se introduziu uma importante inovação nos momentos pré-congresso. Esta, representada pela realização de minicongressos da Abrasco com a participação dos associados adimplentes, confirmou-se como uma estratégia adequada para discutir pautas importantes para a associação.

Os minicongressos se materializaram e se firmaram como "espaços internos da Associação que estão contribuindo para estimular e ampliar os debates e reflexões sobre a estruturação da Abrasco" (Abrasco, 2012a: 13). Neles têm sido discutidas questões relativas ao funcionamento e definição de suas comissões, GTs e fóruns, além das relativas à revisão do estatuto da associação, por meio da convocação de assembleias extraordinárias específicas para essa finalidade. Foram quatro minicongressos realizados até novembro de 2013, nos quais se verificaram diversas mudanças na vida da entidade e de seus associados. Assim, foi nesses momentos durante os congressos que a Abrasco regularizou seu corpo de associados, estimulando a participação dos filiados adimplentes; criou o Fórum de Coordenadores dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva; alterou seu estatuto; mudou seu próprio nome; incluiu programas de graduação em seu corpo de associados; aprovou a criação de novos GTs.

Com importante papel na área científica e acadêmica e também juntamente aos serviços de saúde, com os quais mantém uma constante e crescente interação, os congressos da Abrasco perpassaram mais dez anos como eventos de inegável força, importância e legitimidade – que podem ser traduzidas tanto pela sua capacidade crescente de convocação e mobilização como pela presença das mais diversas autoridades: presidente da República, ministros de Estado, secretários, prefeitos, gestores de saúde, além de pesquisadores nacionais e internacionais. Constata-se, portanto, não só a manutenção como a intensificação da surpreendente capacidade convocatória e mobilizadora da associação como também a sua capacidade de se posicionar diante do novo, de se reinventar.

Na escolha do tema central para nortear cada Abrascão ou os demais congressos, verifica-se, mais uma vez, a preocupação em abranger temas referenciados em conjunturas mais ampliadas da vida societal, a amplitude das parcerias estabelecidas em âmbito nacional e internacional, bem como a diversidade de documentos produzidos nesses eventos.

Utilizando a mesma metodologia do texto que trata dos primeiros 25 anos dos congressos da Abrasco,[1] este capítulo objetiva atualizar a historiografia dos congressos realizados pela Abrasco de 2006 até 2015, com ênfase no Abrascão, abordando ainda os congressos por áreas específicas: epidemiologia; ciências sociais e humanas em saúde; política, planejamento e gestão em saúde.

[1] BELISÁRIO, S. A. Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço construído. In: LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.). Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006.

O trabalho incluirá, além dos aspectos gerais atinentes a cada um dos eventos, referências aos novos procedimentos na organização e na dinâmica dos congressos, assim como as importantes mudanças estabelecidas nessas ocasiões.

O Abrascão 35 Anos Depois

11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Na época do lançamento da publicação comemorativa dos 25 anos da Abrasco (Lima & Santana, 2006), o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (CBSC) haviam ocorrido muito recentemente, em agosto de 2006, e ainda não se tinha um balanço do evento. Assim, naquele momento só foi possível registrar algumas questões iniciais acerca de sua realização, entre elas o tema central, "Saúde coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas". Contudo, sua dimensão e importância impõem sua retomada aqui neste espaço.

Acredita-se que esses eventos representaram um salto da Abrasco, que se lançou numa jornada internacional ao promovê-los juntamente com a Federação Mundial das Associações de Saúde Pública (World Federation of Public Health Associations – WFPHA).

O ex-presidente da Abrasco José Carvalho de Noronha, citado por Belisário (2006), ilustra bem a entrada da associação no cenário internacional com a afirmativa de que ela "nunca esteve fora", uma vez que sua fundação no final dos anos 1970 se deu "sob a égide largamente aceita de uma reforma democrática internacional da utopia de um mundo de irmãos", afirmando que "havia uma visão internacionalista". Afirma ainda que "em relação às políticas de saúde, a Abrasco já nasce universalista e imbuída da ideia de solidariedade latino-americana" (Noronha, 2005 apud Belisário, 2006: 58). Essa vocação, presente ao longo da atuação da entidade, tem na realização desses congressos a sua consolidação no cenário internacional.

O 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e o 8º CBSC ocorreram em agosto de 2006, no Rio de Janeiro, sob a presidência de Paulo Gadelha, e em consonância com a tendência já consolidada, apresentaram números grandiosos. Seus 11 mil participantes tiveram acesso a cerca de seiscentas horas de atividades, incluídas cinco conferências magnas, 16 grandes debates, 152 painéis e palestras, 168 temas livres, 7.433 pôsteres, 24 oficinas, 15 encontros científicos, assembleias, fóruns, simpósios internacionais e uma Mostra Internacional de Saúde com 57 expositores (Abrasco, 2006a).

Ao saudar, em seu discurso na cerimônia de abertura, a presença do vasto público nacional e internacional, o então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, destacou a importância do evento e "apontou o comprometimento do governo brasileiro

com o desenvolvimento social e a saúde e conclamou os países representados para um esforço conjunto contra a pobreza e as iniquidades sociais" (Abrasco, 2006a: 2). No final, houve a aprovação da Declaração do Rio, considerada "uma chamada à solidariedade e à responsabilidade global para enfrentamento dos enormes desafios sanitários contemporâneos" (Abrasco, 2006a: 2), a qual veio em defesa de valores, princípios e diretrizes em saúde, do desenvolvimento social e de justiça. Para a Abrasco, os próximos passos se direcionaram no sentido de transformar a declaração em uma agenda de ação global de forma a "assegurar que todo ser humano possa viver sua vida com respeito, dignidade, criando desse modo um futuro melhor para as próximas gerações" (Abrasco, 2006a: 2).

Depoimentos de várias autoridades registrados em edição especial n. 97 do Boletim Abrasco, publicado em outubro de 2006, reafirmam a importância e o alcance do evento, dos quais se reproduzirão apenas alguns, para não alongar em demasia este capítulo. Como afirmou Antônio Horácio Toro Ocampo, representante da Organização Pan-Americana da Saúde – Opas (escritório regional da Organização Mundial da Saúde – OMS – para as Américas no Brasil): "O congresso da Abrasco deixou de ser um evento nacional para se converter em uma convocatória mundial" (Abrasco, 2006b: 3). Já Mirta Periago, diretora da Opas, afirmou que "colocar a América Latina no centro do debate mundial foi o ponto forte do evento, alcançado ao vincular um congresso brasileiro com um mundial" (Abrasco, 2006b: 3).

O Boletim Abrasco destaca também outros depoimentos:

> Os trabalhos apresentados demonstram uma comunidade acadêmica que amplia sua qualificação técnica e seu compromisso com a busca de instrumentos e estratégias capazes de responder aos nossos problemas de saúde. (Jarbas Barbosa da Silva Júnior, secretário executivo do Ministério da Saúde) (Abrasco, 2006b: 3)

> Estabelecer paralelos entre a experiência da Reforma Sanitária brasileira e a de outros países foi um destaque. (Edmundo Costa Gomes, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems) (Abrasco, 2006b: 4)

Outros depoimentos ressaltaram a crescente participação da comunidade técnico-científica e a importância de manutenção desses espaços, de modo a possibilitar a análise, o debate e a proposição de soluções para as questões afeitas ao setor Saúde; a criatividade do campo, representada pela multiplicidade de temáticas e de formas de abordagem; e a presença de estudantes, que reivindicavam modos mais acessíveis de participação (Abrasco, 2006b).

No 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e no 8º CBSC foi criado o Espaço Saúde & Letras, que se tornaria uma tradição dos congressos da associação. Fruto de uma parceria entre a Abrasco Livros, a Editora Fiocruz e a VideoSaúde, o espaço abriga bate-papos, mostra de vídeos e lançamentos editoriais, proporcionando encontros entre autores e leitores do campo da saúde coletiva.

9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

O 9º CBSC foi realizado no período de 31 de outubro a 4 de novembro de 2009, no Centro de Convenções de Recife/Olinda, em Pernambuco, sob a presidência de José da Rocha Carvalheiro. Teve como tema central o "Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde", a partir do qual foram previstas quatro dimensões, assim denominadas: Ciência, Tecnologia e Inovação para o Cumprimento dos Princípios e Diretrizes do SUS; Saúde e Seguridade Social; Desenvolvimento Social e Econômico Sustentável; e Garantia dos Direitos Humanos. O congresso aconteceu por ocasião dos trinta anos da associação. Mantendo sua tradição de mobilização e poder de convocação, contou com cerca de seis mil participantes, entre convidados, congressistas e expositores.

Mais uma vez os números demonstraram a dimensão desses eventos promovidos pela Abrasco. Inscreveram-se 10.731 resumos. Destes, 8.139 foram selecionados para apresentação em diferentes formatos – oral (seiscentos) e pôster (4.392), e 3.147 publicados nos anais do congresso (Abrasco, 2009a).

A programação foi organizada com nove discussões temáticas, 106 comunicações coordenadas, quatro conferências, 12 grandes debates, quatro palestras, quatro fóruns e 61 painéis.

O congresso prestou homenagens aos centenários do cientista Josué de Castro e da descoberta da doença de Chagas e aos ex-presidentes da associação e seus colaboradores. Nas duas primeiras homenagens, estiveram presentes o então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, e diversas autoridades como o ministro da Saúde, José Gomes Temporão; a ministra-chefe da Casa Civil, Dilma Roussef; o governador de Pernambuco, Eduardo Campos, e seu vice, João Lira Neto; o presidente da Assembleia Legislativa de Pernambuco, deputado Guilherme Uchoa; os prefeitos de Olinda, Remildo Calheiros, e Recife, José da Costa Bezerra Filho; o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha; a parteira Josefa Maria da Silva Santos; o presidente da Comissão Científica do Congresso, Eduardo Freese; e o representante da Opas, José Luis di Fabio. Destaca-se ter sido essa a segunda vez que o então presidente Lula comparecia a um congresso realizado pela Abrasco.

Em editorial, o Boletim Abrasco afirmou que

> O Abrascão também recolocou nossa Associação no lugar privilegiado de anfitriã de dezenas de outras entidades científicas, políticas e sociais, nacionais e internacionais, de pesquisadores, gestores e trabalhadores de saúde, da sociedade civil e do controle social. Todas elas constituem uma valiosa parceria na luta em defesa da saúde coletiva e do SUS. (Abrasco, 2009b: 2)

Como de praxe, o congresso foi cenário para a eleição da nova diretoria para o período 2009-2012, a qual divulgou sua carta-compromisso com destaque para o fortalecimento da entidade na defesa do SUS e da saúde coletiva.

Entre as diversas oficinas realizadas no período pré-congresso, destaca-se a que discutiu os cursos de graduação em saúde coletiva (CGSC), os quais já estavam em processo

de implantação e desenvolvimento. Essa nova realidade traria mudanças importantes no estatuto e na dinâmica da associação.

Na oficina, foi deliberada a criação de um Fórum de Coordenadores de Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, proposta incorporada ao plano de gestão da nova diretoria eleita e que seria implantada por ocasião de outro congresso, o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, a ser realizado em 2010.

Em entrevista dada por ocasião do congresso, o então recém-eleito presidente Luiz Augusto Facchini, ao mencionar o momento vivenciado pela associação, destacou:

> O surgimento e a rápida expansão dos cursos de graduação em saúde coletiva completam a formação de pós-graduação em suas diferentes nuances, desde a especialização até o pós-doutoramento, passando por mestrados profissionais e residências multiprofissionais. Assim, os desafios da Abrasco para os próximos anos incluem a integração dialética das agendas local, nacional e internacional. (Abrasco, 2009c: 5)

Assim como nos congressos anteriores, esse também foi palco de diversas e diferentes manifestações e aprovação de moções e cartas, entre elas a Carta de Olinda, documento final do evento, que preconizava, entre outras questões,

> a construção de uma alternativa para a reversão do atual modelo de produção, acumulação e distribuição de riquezas. Um modelo que promova a saúde e a qualidade de vida, em um padrão sustentável de desenvolvimento que permita a superação das iniquidades sociais. (Abrasco, 2009d: 13)

A Carta aponta também a ainda existente dívida social para com os brasileiros; a proximidade das eleições e a presença da temática da saúde nas agendas das últimas eleições, bem como "a redução de seu papel nas diretrizes de parte significativa dos governos assim que empossados" (Abrasco, 2009d: 13); a demanda da sociedade por mais recursos para a saúde; a necessidade de se regulamentar a emenda constitucional n. 29 e de se aumentar o aporte financeiro advindo do governo federal. Tema do congresso, a inovação com o direito à saúde foi pontuada na Carta, a qual destacou que

> em saúde, inovação é acesso. Não se pode conceber ciência, tecnologia e inovação apenas em relação a bens materiais. Inovações nas políticas de saúde, na organização e na produção de serviços são igualmente relevantes. Com efeito, pode-se considerar que a Atenção Primária à Saúde é a mais importante inovação na nossa área das últimas décadas. (Abrasco, 2009d: 13)

O documento destaca ainda o crescimento da violência na cidade e no campo e a necessidade de investimentos na área, as mudanças no campo da formação em saúde coletiva, o surgimento de novos atores, a graduação, as residências multiprofissionais e os mestrados profissionais. Sobre a graduação, a qual já se apresentava em âmbito nacional, a Carta antevê desdobramentos fundamentais no interior da associação.

10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Com o tema "Saúde é desenvolvimento: ciência para a cidadania" realizou-se no período de 14 a 18 de novembro de 2012, em Porto Alegre (RS), o 10º CBSC, o 10º Abrascão, sob a presidência de Luiz Augusto Facchini.

No período pré-congresso, realizaram-se diversas atividades, entre cursos, encontros e oficinas. Também nesse período ocorreu o 3º minicongresso de GTs, comissões e fóruns da Abrasco, de reorganização e revisão do estatuto da associação, seguido de uma assembleia geral extraordinária. Como de costume, no congresso se deu a eleição para a próxima diretoria da entidade.

O minicongresso teve como pauta a adequação do estatuto ao código civil, o que lhe dá maior legitimidade legal, e a criação de um regulamento interno a ser elaborado pela diretoria em determinado tempo, para posterior apreciação da assembleia.

Contando com cerca de oito mil participantes, esse também foi um congresso em que se organizou uma intensa e diferenciada programação cultural, com atrações para todos os dias do evento, acessíveis aos participantes.

Ao abordar os desafios em debate nesse 10º CBSC, o texto de apresentação afirma:

> Passados mais de 20 anos, apesar dos significativos avanços, o SUS está longe de ser o que se propunha. E mais: se a democracia político-institucional se consolidou no Brasil, a democracia social – que garante a todos a mesma igualdade de oportunidades é ainda um sonho. (...) o atual momento está a exigir da comunidade acadêmica da saúde coletiva a retomada das reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade. Se o mote da Reforma Sanitária brasileira, nos seus primórdios, foi saúde e democracia, hoje talvez deva ser saúde é desenvolvimento. (Abrasco, 2012b)

Em artigo intitulado "Saúde é desenvolvimento", publicado na revista Carta Capital em 22 de novembro de 2012 e reproduzido no número 125 da revista Radis, Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, presidente da Abrasco, afirma que o debate ocorrido no congresso demonstrou a existência de pelo menos três dimensões na relação entre saúde e desenvolvimento. Para ele,

> A primeira se refere bem à distinção entre crescimento econômico e desenvolvimento (...). A segunda dimensão concerne aos efeitos das condições econômicas sobre o crescimento econômico. (...) Finalmente, a terceira dimensão da relação entre saúde e desenvolvimento se atém à contribuição da produção e circulação de bens e prestação de serviços de saúde para a geração de riqueza. (Souza, 2013: 35)

Nos moldes dos congressos anteriores, a programação incluiu conferências, mesas-redondas, grandes debates, painéis, palestras e apresentações de trabalhos nas modalidades comunicações coordenadas e pôsteres eletrônicos, incluindo intervenções criativas. Algumas novidades se fizeram presentes.

Reflexo das mudanças pelas quais a associação vinha passando, foi reservado um período específico para comunicações coordenadas e pôsteres produzidos por estudantes

de graduação e pós-graduação em saúde coletiva e outras áreas do conhecimento. Assim, o 10º Abrascão contou com três categorias de apresentação de trabalhos científicos: Abrasco Jovem, trabalhos de estudantes de graduação e pós-graduação em saúde coletiva (em que são o primeiro autor); trabalhos científicos da área acadêmica; e relatos de experiências dos serviços de saúde. No que se refere à Abrasco Jovem, o congresso inovou também no fato de ter proporcionado a esses estudantes acesso e possibilidade de permanência no evento, por meio da oferta de hospedagem e alimentação a preços acessíveis, bem como opções de alojamento coletivo, camping e alojamento solidário.

Por último, o congresso também estimulou a utilização de novas formas de apresentação, como vídeos, fotos e dramatizações, entre outras. Também nos moldes dos congressos anteriores, foram aprovadas moções, tanto de apoio como de repúdio, abrangendo temas diversos.

11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Com realização prevista para o período de 27 de julho a 1º de agosto de 2015, em Goiânia (GO), o 11º Abrascão traz como tema "Saúde, desenvolvimento e democracia: o desafio do SUS universal".

Consolidando a iniciativa de congressos anteriores, o 11º Abrascão abre espaço para inscrição de trabalhos na categoria Abrasco Jovem, voltada para estudantes de graduação e pós-graduação, ao lado de Relato de Pesquisa e Relato de Experiência em Saúde Coletiva.

Para Carlos Silva (2015), secretário executivo da Abrasco,

> A particular localização do evento na região Centro-Oeste consubstancia um desejo de deslocar o Congresso das frequentes escolhas de sede de eventos nas grandes metrópoles. É possível que essa localização facilite o fluxo e a diversidade regional e cultural de congressistas ao se considerar a especial situação dessa região, que mantém fronteiras geográficas diretas com todas as outras regiões do Brasil.

No que se refere à expectativa de participação, Silva (2015) afirma esperar que

> o Abrascão/2015 amplie a participação mais qualificada do que a quantitativa de congressistas, mas diversificada e composta por pesquisadores, professores, alunos de graduação e de pós-graduação, gestores, profissionais, trabalhadores da saúde e representantes de comunidades e territórios, envolvidos e comprometidos com a saúde coletiva e a Reforma Sanitária brasileira.

Os preparativos para o congresso incluíram eventos como a Oficina de Pirenópolis, nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2014, na qual se debateu o tema "Saúde, democracia e participação: um debate estrutural".

Como de praxe, durante a Assembleia Geral da Abrasco, no 11º Abrascão, será eleita a próxima Diretoria e o Conselho da associação para o período 2015-2018.

7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia e 18º Congresso Mundial de Epidemiologia

Mais um passo na consolidação do processo de internacionalização da Abrasco se evidenciou na realização do 7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (EPI 2008) e do 18º Congresso Mundial de Epidemiologia (World Congress of Epidemiology – WCE), promovidos respectivamente pela Abrasco e pela International Epidemiological Association (IEA). Com o tema "Epidemiologia na construção da saúde para todos: métodos para um mundo em transformação", o evento foi realizado de 20 a 24 de setembro de 2008 em Porto Alegre (RS), sob a presidência de José da Rocha Carvalheiro.

Em números, esse também foi um congresso surpreendente. Sua magnitude foi comemorada pela comissão organizadora em razão do número recorde tanto de participantes como de trabalhos inscritos (Abrasco, 2008a).

Para Cesar Gomes Victora, então vice-presidente do congresso,

> Este será o primeiro Congresso Internacional de Epidemiologia a ser realizado na América Latina e, mais ainda, o maior Congresso de Epidemiologia jamais realizado (...). Com mais de 6.400 participantes e 5.800 trabalhos inscritos, o Congresso será uma oportunidade única para mostrar ao mundo a consolidação da epidemiologia em particular, e da saúde coletiva em geral, como uma das mais importantes áreas da ciência no Brasil. (Abrasco, 2008a: 16)

No que se refere ao tema escolhido, segundo o texto de apresentação do evento, seriam abordados os seguintes eixos:

> Construção: A epidemiologia é uma de várias disciplinas e o epidemiologista um de vários atores envolvidos na melhoria da saúde das populações. A palavra construção enfatiza o papel-chave da epidemiologia enquanto disciplina integradora em um contexto multi e transdisciplinar.
>
> Saúde para todos: Ao resgatar essa meta dos anos 1970, salientamos o papel da epidemiologia em nível nacional e local na criação, manutenção e renovação de um sistema universal de saúde. Nesse contexto, é essencial abordar o papel das questões relativas à equidade e à inclusão de grupos marginalizados. As conquistas do Sistema Único de Saúde brasileiro serão um componente essencial dessa discussão.
>
> Métodos: A epidemiologia emprega métodos para estimar frequência de doença, estabelecer relações exposição-doença, testar novas intervenções e avaliar o sistema de saúde. A ideia de método engloba também a construção e a avaliação de serviços preventivos e curativos que propiciem práticas baseadas em evidências em todos os níveis de atenção.
>
> Mundo em transformação: As mudanças enfrentadas pela humanidade no início do século XXI serão ressaltadas: transições epidemiológica e demográfica, alterações ambientais, progresso na capacidade de pesquisa ao redor do mundo para investigar problemas de saúde; e as crescentes desigualdades entre países ricos e pobres, e entre cidadãos de um mesmo país, acompanhadas de iniquidades no acesso aos benefícios do progresso científico. (Abrasco, 2008b)

Um importante desdobramento do congresso foi trazer a presidência da IEA para o Brasil em 2011. Para o cargo foi eleito Cesar Gomes Victora.

8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

No período de 13 a 16 de novembro de 2011, sob a presidência de Luiz Augusto Facchini, realizou-se em São Paulo o 8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, tendo como tema "Epidemiologia e as políticas públicas de saúde". O evento propiciou o debate sobre "o papel da epidemiologia, seu papel na definição de políticas públicas, e a sua articulação com as demais disciplinas do campo da saúde coletiva" (Abrasco, 2010a).

Mantendo a tradição iniciada no 5º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, juntamente foi realizado o 2º Minicongresso com os GTs, comissões e fóruns da Abrasco. Em continuação à discussão iniciada e aos encaminhamentos dados, foi nesse congresso que, após 32 anos, em Assembleia geral extraordinária realizada em 13 de novembro de 2011, aprovou-se a troca do nome da Abrasco, que de Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva passou a se chamar Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Aprovou-se também a inclusão dos programas de graduação em saúde coletiva na entidade.

Os números desse 8º Congresso demonstraram mais uma vez o crescimento e a magnitude do evento, que contou com 3.300 participantes. Houve 3.940 trabalhos inscritos, dos quais 3.081 foram selecionados para pôsteres e 421 geraram 109 sessões de comunicação oral. Destes, 11 receberam certificado de menção honrosa (Abrasco, 2012a).

A conferência de abertura, intitulada "As contribuições da epidemiologia para a construção do SUS", foi proferida pelo então ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Na programação, além de conferências, painéis, mesas-redondas, debates e comunicações coordenadas, houve três sessões especiais, entre elas a que comemorou os sessenta anos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A mesa, coordenada pelo presidente da associação, Luiz Augusto Facchini, contou também com a presença de Emídio Cantídio de Oliveira Filho, diretor de Programas e Bolsas no País (Capes), e Rita Barradas Barata, representante da área de saúde coletiva na Capes.

9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (EpiVix 2014)

Com o tema "As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação", realizou-se no período de 7 a 10 de dezembro de 2014, sob a presidência de Luiz Eugenio Portela Fernandes de Souza, o 9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, o qual recebeu o apelido de EpiVix pelo fato de ter sido realizado em Vitória, Espírito Santo.

Desdobrou-se em cinco eixos: Abordagens Teóricas; Avanços Metodológicos; Contribuições da Epidemiologia para as Políticas de Saúde; Diálogo entre a Epidemiologia

e as Ciências Sociais e Humanas; e Perfil Epidemiológico Brasileiro. A escolha do tema, segundo a Comissão Científica do congresso,

> pretende mobilizar os epidemiologistas brasileiros para a divulgação e o debate de temas relevantes para a saúde da população com base nas abordagens metodológicas modernas. A epidemiologia contemporânea tem vivenciado diversos desafios e busca superá-los. Alguns deles se expressam na mudança da própria conjuntura política do país. Outros, mais específicos, são visíveis no surgimento de novidades como a criação dos cursos de graduação em saúde coletiva, onde o estudo da epidemiologia tem se tornado mais precoce e mais intenso. Ou na expansão dos cursos de pós-graduação stricto sensu, antes restrito ao eixo Sul-Sudeste, com ampliação da produção do conhecimento epidemiológico. (Abrasco, 2014)

Para o evento, houve 2.952 resumos submetidos, com o aceite de 2.303. Destes, 135 foram selecionados para comunicações coordenadas e sessões plenas; 17 para comunicações coordenadas Abrasco Jovem; 1.917 pôsteres plenos e 234 pôsteres Abrasco Jovem (Dias, 2014a).

No período pré-congresso, realizaram-se diversos cursos, oficinas e atividades dos GTs, fóruns e comissões da Abrasco, que se reuniram para discutir pautas específicas e renovar coordenações.

Entre as autoridades presentes, estiveram o ministro da Saúde, Arthur Chioro, na solenidade de abertura, e o professor Cesar Gomes Victora presidente da IEA.

Consolidando a iniciativa do 10º CBSC, sua programação também destinou espaço à Abrasco Jovem. Destaca-se ser essa a primeira vez que tal fato ocorreu em um congresso de epidemiologia.

Nesse evento também se realizou a Assembleia geral da associação, cuja pauta compreendeu, entre outras questões: a agenda estratégica da saúde; o 11º CBSC; os GTs; a Comissão de Ciência e Tecnologia em Saúde da Abrasco e questões relativas ao regimento. Sobre este último, decidiu-se pela continuidade da discussão e deliberação por ocasião da realização do 11º Abrascão.

Entre as reflexões suscitadas pelo congresso, destaca-se o artigo publicado como editorial dos Cadernos de Saúde Pública intitulado "EpiVix: epidemiologia brasileira em transição", de autoria do professor Guilherme Loureiro Werneck, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Para ele, a realização do congresso

> propicia reflexões sobre o desenvolvimento da epidemiologia brasileira e seus desafios. (...) Esse congresso foi um marco para a epidemiologia brasileira. A começar pela atualidade de seu tema: "As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação", reforçando o caráter científico da epidemiologia e sua conformação como um âmbito de práticas. A estruturação das atividades do congresso salientou um dos grandes desafios atuais da epidemiologia: conjugar o aprimoramento teórico-metodológico com uma maior e mais profícua articulação com as outras disciplinas constitutivas da saúde coletiva. Sem uma abordagem integrada que permita o fortalecimento das suas bases disciplinares e, simultaneamente, expressar seu compromisso com o aprofundamento do caráter interdisciplinar da saúde coletiva, não há futuro promissor para a epidemiologia brasileira. (Werneck, 2014: 2.029)

O congresso deu lugar a emocionantes sessões especiais que homenagearam grandes nomes da saúde coletiva: Cecília Donnangelo, primeira socióloga brasileira a estudar o campo aplicado das ciências sociais em saúde; Sergio Koifman, epidemiólogo, pesquisador, cujo falecimento havia ocorrido em momento recente; Gilson Carvalho, um dos idealizadores do SUS; e Eleutério Rodriguez Neto, sanitarista que lutou para que a saúde fosse definida na Constituição Federal como um direito do cidadão e um dever do Estado. Em relação a este último, foi apresentado um documentário em sua homenagem na sessão especial pelas comemorações dos 35 anos da associação.

Ainda no quesito homenagem e com mais uma inovação introduzida em um congresso, a Abrasco e a Comissão Científica do evento abriram espaço para homenagear todos os presidentes dos congressos de epidemiologia até então realizados. Assim, receberam a escultura confeccionada pela artista capixaba Ana Paula Castro os seguintes presidentes (Dias, 2014b):

1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: Marilisa Berti Barros.
2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa.
3º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: Maurício Lima Barreto.
4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: Sergio Koifman (in memoriam).
5º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: Moisés Goldbaum.
6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: Ana Bernarda Ludermir.
7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: Maria Inês Schmidt.
8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: José Cássio de Moraes.
9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: Ethel Leonor Noia Maciel

Os Congressos por Áreas Específicas: as ciências sociais e humanas em saúde

4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 10º Congresso Latino-Americano de Medicina Social e 14º Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde

Com o tema “Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização” realizaram-se conjuntamente no período de 13 a 18 de julho de 2007, em Salvador (BA), sob a presidência de José da Rocha Carvalheiro, o 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, o 10º Congresso Latino-Americano de Medicina Social e o 14º Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde (International Association of Health Policy – IAHP). A escolha buscava maior interação com a comunidade internacional, estratégia já iniciada por ocasião da realização do 8º Abrascão e do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizados pela Abrasco em parceria com a WFPHA em agosto de 2006.

Sua temática foi dividida em quatro eixos: Saúde Coletiva Hoje: a prática, o debate teórico e o debate político; Equidade e Direito à Saúde; Direito à Vida e à Paz; e Mobilização e Participação Social: imperativo para a saúde coletiva.

Em mais uma demonstração da solidez do processo de internacionalização da Abrasco, o evento contou com a parceria da Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e da IAHP. As expectativas em relação tanto à sua realização quanto aos desdobramentos dessa parceria foram expressas em editorial do Boletim Abrasco n. 98, de 2007, o qual se lê que, no evento, os diversos participantes

> terão a oportunidade de atualizar a discussão sobre a inserção dos paradigmas das ciências sociais e humanas no campo da saúde coletiva, incluindo suas práticas e seu desenvolvimento teórico, estimulando o intercâmbio com o movimento sanitário da América Latina e em países da Europa, da África e Caribe, visando fortalecer uma agenda comum em torno da defesa do direito à saúde. (Abrasco, 2007a: 4)

Participaram quatro mil pessoas, entre congressistas, convidados, gestores, profissionais da saúde, lideranças de movimentos sociais, pesquisadores, professores e representantes de 18 países.

O expressivo crescimento do número de participantes (foram 1.800 no 3º Congresso), a diversidade e a quantidade de atividades realizadas demonstraram o crescimento do campo na saúde coletiva, superando expectativas e, sobretudo, marcando um salto em relação à realização do congresso anterior.

Assim, o editorial do Boletim Abrasco, edição especial de julho de 2007, registra a realização no período pré-congresso de 27 oficinas e 17 cursos multidisciplinares, com a participação de 1.385 pessoas, bem como a realização de duas conferências, quatro grandes debates, 21 fóruns, 27 reuniões institucionais, 129 painéis, 24 palestras, 133 comunicações coordenadas e 2.330 apresentações de pôsteres, extrapolando as expectativas da comissão organizadora (Abrasco, 2007b).

Ainda em seu editorial, o Boletim Abrasco afirma que

> o tema central destes congressos sublinha e renova três acontecimentos que colocam a saúde coletiva brasileira em interação com a comunidade internacional. O primeiro, o mote do último Abrascão – (...) quando em conjunto com a Federação Mundial de Associações de Saúde Pública/ WFPHA, reunimos, em agosto de 2006, no Rio de Janeiro, 12 mil participantes para um debate crítico em torno dos grandes desafios da saúde coletiva e das ideias e proposições frente aos impactos da globalização sobre a saúde e a qualidade de vida dos povos. (...) O segundo, a agenda do Comitê Internacional de Determinantes Sociais da Saúde e seus comitês correlatos na região (Brasil e Chile). (...) O terceiro acontecimento, a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema Saúde e qualidade de vida: política de estado e desenvolvimento, renova nossos compromissos e missão. Este fórum nacional envolve o conjunto de membros do CNS (...). É neste contexto amplo e diverso que situamos a realização destes três congressos em Salvador. (Abrasco, 2007b: 2)

Mantendo a tradição, o congresso aprovou em sua plenária final várias moções versando sobre diferentes temáticas.

5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

No período de 17 a 21 de abril de 2011, realizou-se em São Paulo, sob a presidência de Luiz Augusto Facchini, o 5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Este também foi um evento de números expressivos, pois contou com 1.260 participantes e 1.798 trabalhos inscritos, sendo 1.482 aprovados. Destes, 547 foram apresentados oralmente, 524 em sessão de pôster eletrônico e 419 publicados nos anais (Abrasco, 2012a).

O congresso teve como tema central "O lugar das ciências sociais e humanas no campo da saúde coletiva", a partir do qual foram definidos cinco grandes eixos temáticos: Abordagens Teórico-Metodológicas da Relação Saúde, Cultura e Sociedade; Interpretações de Conjunturas Político-Econômico-Sociais Contemporâneas: Estado, instituições e políticas públicas; Ética e Bioética na Perspectiva das Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Usos e Abusos das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: reflexões críticas sobre ciência, saber e tecnologia; e Sociedade Civil: movimentos sociais e saúde.

Sobre a escolha do tema, na apresentação no site do evento afirma-se que

> a escolha do tema "O lugar das ciências sociais e humanas no campo da saúde coletiva" para o 5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (...) tem o sentido de sinalizar a abrangência e a contribuição destes campos para a área da saúde coletiva, por meio de seus objetos: conceitos, teorias, ensino e pesquisa. (Abrasco, 2011)

Ainda no que se refere à escolha do tema, em artigo no qual discutiu a produção científica do evento, a então presidente do 5º Congresso, Leny Alves Bonfim Trad, afirmou que

> a alusão ao "lugar..." refletiu o anseio de problematizar a questão do espaço que tem sido ocupado pelas ciências sociais e humanas ao largo do processo de construção do campo da saúde coletiva no Brasil. O texto de apresentação do evento remarcava, em um duplo argumento, a abrangência e a importância das contribuições da área à saúde coletiva, e os desafios epistemológicos e políticos inerentes à sua incorporação em um contexto marcado pela diversidade conceitual, metodológica e organizacional, fonte permanente de tensionamentos entre os intelectuais e operadores desse campo. (Trad, 2012: 2.374)

Esse foi um congresso que inovou em sua metodologia de organização, já utilizada em outros congressos da área, mas pela primeira vez em um congresso da Abrasco. O eixo central da programação científica foi constituído por 21 GTs, no intuito de possibilitar um debate mais aprofundado em torno dos eixos centrais e favorecer o intercâmbio da produção científica da área.

A diretoria da Abrasco introduziu também uma nova dinâmica no período pré-congresso. Assim, esse foi um congresso marcante para a instituição e seus associados. Nele foi realizado, no dia 16 de abril, um evento interno, o 1º Minicongresso dos Grupos

Temáticos, Comissões e Fóruns da Abrasco, com o objetivo de revisar a estrutura e o regimento e desenvolver diretrizes de constituição e funcionamento de seus GTs, comissões e fóruns. Na dinâmica, perguntas previamente elaboradas nortearam as discussões. A realização do minicongresso firmou-se como uma prática que iria se repetir nos eventos subsequentes.

6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

O 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas aconteceu no período de 13 a 17 de novembro de 2013, no Rio de Janeiro, sob a presidência de Luiz Eugenio Portela Fernandes de Souza. Teve como tema "Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da saúde coletiva".

Mantendo a metodologia inaugurada no 5º Congresso, também teve os GTs – agora ampliados para 35 – como eixo central da programação científica.

Sobre o tema, o texto de apresentação do congresso afirma que:

> O tema do VI Congresso é um amplo convite ao diálogo para os diversos atores do campo das ciências sociais e humanas em saúde, independentemente de sua inserção. Modos diversos de apreensão dos fenômenos complexos no campo da saúde coletiva articulam-se a práticas igualmente diversas, num caleidoscópio fértil tanto do ponto de vista da produção de conhecimentos quanto da realização das intervenções. O escrutínio desse rico entrecruzamento de discursos e ações chama pelas ferramentas críticas das ciências sociais e humanas, e é essa rica diversidade que estará presente no nosso Congresso. (Abrasco, 2013a)

Em números, o congresso totalizou 1.645 participantes, com 2.415 trabalhos submetidos, 1.861 trabalhos aceitos, 702 apresentações orais, 643 apresentações em pôsteres e 516 publicações em anais (Abrasco, 2013b).

Uma iniciativa histórica teve acolhida no 6º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde: o lançamento da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária, fruto de iniciativa da Abrasco e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). A comissão propõe-se a "recuperar a memória e a verdade e reparar as violações aos Direitos Humanos, ocorridas durante o regime militar entre os anos de 1964 e 1985" (Abrasco, 2013b).

Foi nesse congresso também que se materializou um importante projeto da área de ciências sociais em saúde. Denominado "Projeto Memória: 30 anos da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco", resgatou a história, os pesquisadores, as temáticas e as ações desenvolvidas ao longo dos anos, por meio de uma exposição e registros em vídeo.

Em seu encerramento, a plenária aprovou, por unanimidade, três importantes moções: moção em defesa da vida e da saúde contra o agro(negócio)tóxico; moção de apoio à carreira única para sanitaristas; e moção de apoio à aprovação do Marco Civil da Internet.

Por fim, mantendo a tradição iniciada anteriormente, no período pré-congresso, além das oficinas e dos cursos de praxe, realizou-se mais um minicongresso, o quarto, dos GTs, fóruns e comissões da Abrasco. Mudanças estatutárias importantes foram votadas nesse

4º minicongresso, entre elas a ampliação do número de membros da diretoria e do conselho já a partir da próxima eleição, a ser realizada no 11º CBSC, em 2015.

Outro assunto abordado no minicongresso foram os pontos do estatuto relativos às mudanças da estrutura. Nele foi iniciado o processo de aprovação do regimento interno. A decisão final acerca das divergências levantadas foi tomada no 9º Congresso de Epidemiologia, realizado em 2014.

O minicongresso aprovou também a criação do GTs Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas Complementares (GT/RMPIC).

Os Congressos por Áreas Específicas: política, planejamento e gestão em saúde

1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde

No período de 24 a 26 de agosto de 2010, fruto da parceria da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba), realizou-se no Centro de Convenções de Salvador, sob a presidência de Luiz Augusto Facchini, o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Seu tema, "Caminhos e descaminhos da política de saúde brasileira", desdobrou-se em três grandes eixos temáticos: A Saúde no Contexto das Políticas de Proteção Social e do Desenvolvimento; Sistemas de Saúde, Modelos Assistenciais e Gestão Pública Relação Público/Privado; e Saúde Coletiva: os desafios acadêmicos e políticos atuais da área de política, planejamento e gestão.

Esse foi o primeiro congresso sob a responsabilidade da Comissão de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, e seu bom resultado permitiu que ele passasse a integrar o calendário de eventos da associação.

Em entrevista, a então presidente do congresso, Ana Luiza d'Ávila Viana, afirmou que "os temas política e planejamento em saúde sempre foram, e continuam sendo, indissociáveis de qualquer iniciativa de reflexão, proposição, encontros, seminários ou congressos relativos à saúde pública" (Abrasco, 2010b: 7). Ela justificou com a seguinte afirmativa a realização de um congresso específico: "o ineditismo do congresso está no fato de ele responder à demanda urgente – há anos presente nas reuniões da Comissão de Política da Abrasco e fora delas – de realizarmos um balanço amplo e consistente dos aportes científicos já consolidados na área" (Abrasco, 2010b: 7).

Mantendo a tradição de participação de autoridades nos congressos da Abrasco, esse contou com a presença do então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, o qual proferiu a conferência inaugural do evento, e também do então secretário de Saúde da Bahia, Jorge Solla.

Foi um congresso que inovou e, diferentemente dos demais, privilegiou a participação de atores institucionais. Contudo, foi também expressiva a participação de pesquisadores,

fato demonstrado pelo grande número de trabalhos submetidos, 946. Destes, 745 foram aprovados para publicação nos anais e 45 para apresentação oral. Ainda no que se refere aos números desse congresso, ele contou com 1.513 participantes inscritos, de todos os estados brasileiros (Abrasco, 2010c).

Outra inovação desse evento foi a realização, no período pré-congresso, de uma pesquisa com os programas de pós-graduação em saúde coletiva, no intuito de coletar dados para subsidiar a realização de duas oficinas: "Desenvolvimento científico da área" e "Plano diretor de desenvolvimento da área". As oficinas objetivavam "permitir uma visão atualizada de como estão, o que fazem e o que propõem os programas de pós-graduação, em termos de ensino e pesquisa na área" (Abrasco, 2010b: 8).

Ainda no campo das inovações, o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde foi palco para a realização de uma reunião ampliada da Diretoria da Abrasco com representantes de GTs, comissões e fóruns, embrião dos minicongressos que seriam realizados a partir do evento seguinte. Nela foram apresentados os resultados de uma pesquisa que mapeou as estruturas e agendas dos GTs da associação. O debate que se seguiu versou sobre questões como:

> a identidade da Associação e dos seus grupos, os caminhos para interação/integração desses coletivos em suas diferentes frentes e representações, seus critérios de participação e renovação, o planejamento e financiamento de atividades, a realização e compartilhamento de eventos, as representações externas, entre outros. Com a sistematização das propostas apresentadas foi organizada a "Agenda de Transformação da Abrasco", uma série de encaminhamentos para a reforma orgânica e política da Associação. (Abrasco, 2010d: 19)

Essa agenda seria tema de um minicongresso a ser realizado com os integrantes dos GTs, comissões e fóruns da associação no 5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em 2011, com o objetivo de repensar a estrutura, a dinâmica de funcionamento, organicidade e perspectivas da instituição.

Foi também nesse congresso que a associação deu um importante passo em relação aos cursos de graduação em saúde coletiva e criou, à semelhança do já existente e consolidado Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, o Fórum de Coordenadores dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva. Na fala de alguns dos integrantes no momento de sua criação, já despontavam propostas de profundas mudanças na dinâmica da associação – de estatuto e de nome –, as quais iriam se concretizar nos próximos congressos.

Na plenária de encerramento, foram feitos o anúncio da realização do 1º Encontro Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (Enesc), em 2011, e a leitura de carta aberta à plenária, elaborada pelos estudantes.

Ainda no encerramento, houve a aprovação da Carta de Salvador: uma agenda estratégica para a saúde no Brasil 2011, a qual, mesmo reconhecendo os avanços do SUS nos últimos anos,

identificava também limitações presentes no momento. Limitações essas importantes para a efetivação dos princípios e das diretrizes do sistema: as bases de financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde estreitas e iníquas; a relação público-privado na saúde; a necessidade de consolidação de uma política de pessoal; os problemas de gestão e organização do sistema e dos estabelecimentos de saúde; o modelo de atenção à saúde do SUS ainda dominado pelas práticas individualistas, biologicistas, curativistas e hospitalocêntricas; a relativa desmobilização da sociedade civil brasileira, em particular dos seus setores populares (Abrasco, 2010e).

A Carta de Salvador serviu de base para a elaboração, em parceria com diversas entidades, do documento "Agenda Estratégica para a Saúde", o qual foi entregue à então recém-eleita presidente Dilma Roussef.

2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde

O 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde ocorreu em Belo Horizonte (MG), no período de 1º a 3 de outubro de 2013, sob a presidência de Luiz Eugenio Portela Fernandes de Souza. Com o tema "Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível", contou com 1.202 participantes, 452 trabalhos submetidos e 388 aceitos, 362 publicações em anais, 72 apresentações orais/painéis e 54 comunicações orais curtas (Abrasco, 2013c).

A apresentação no site do congresso informa que ele "tem como propósito discutir o sistema de saúde na atual conjuntura internacional, nacional e setorial (Abrasco, 2013c). Informa também que ele se realizará em três momentos:

> 1) Debate sobre o contexto internacional, a situação política nacional e os desafios da gestão pública (...); 2) Sessões de discussão sobre os principais temas envolvendo política, planejamento e gestão em saúde; 3) Elaboração de uma agenda propositiva como documento-síntese do Congresso a ser apreciado pela plenária final. (Abrasco, 2013c)

No processo de construção do evento foram realizados quatro seminários preparatórios, em Campinas (SP), Brasília, Recife (PE) e Belo Horizonte (MG). Na programação pré-congresso, houve oficinas, entre elas a da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, que debateu a constituição da Rede de Pesquisas sobre Políticas em Saúde e iniciou as discussões acerca do novo Plano Diretor para a Comissão. Nessa oficina foram também empossados os novos membros da comissão, que passou então a contar com uma nova formação (Abrasco, 2013e).

Ainda na programação pré-congresso, ocorreu o Encontro Alames/Cebes com o tema, "Cobertura universal de saúde: caminhos para a construção de sistemas de saúde universais e equitativos", que reuniu pesquisadores latino-americanos e lideranças internacionais (Abrasco, 2013e). A conferência de abertura desse encontro foi ministrada pelo então secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães.

À semelhança do ocorrido em congresso anterior, o evento também prestou homenagem a importantes personalidades da saúde coletiva e da Reforma Sanitária: Eleutério Rodriguez Neto, Francisco de Assis Machado e Hesio Cordeiro.

A conferência de abertura do congresso foi ministrada pela professora Ana Luiza d'Ávila Viana, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a qual abordou

> os três momentos que marcaram a formação e difusão dos sistemas de proteção social: seu advento numa Europa arrasada no pós-guerra, o modelo asiático consolidado na primeira década do século XX; e um terceiro, a partir do recente ciclo de desenvolvimento na América Latina. (Abrasco, 2013d)

Dos debates, entre outras questões, constaram os temas de judicialização, financiamento, complexo econômico-industrial, seguridade social e saúde e controle social e democratização das políticas de saúde.

No segundo dia de atividades, foi realizada uma manifestação pública em defesa do SUS em frente ao local do evento, a qual reuniu congressistas e profissionais da saúde de Belo Horizonte, no intuito de sensibilizar a população da cidade para a luta por uma saúde universal, igualitária e integral. Na manifestação, as entidades saudaram o Movimento Saúde +10, que recolheu mais de dois milhões de assinaturas para a criação do projeto de lei de iniciativa popular que garante o repasse de 10% das receitas correntes brutas da União para o SUS (Abrasco, 2013f).

Ainda nesse congresso registrou-se mais uma inovação, com a inauguração de um espaço de convivência para os participantes. Batizado de Abrasco Divulga, o espaço foi palco, juntamente com a Abrasco Livros, de lançamentos de publicações, entrevistas, apresentações de vídeos, debates e sessões de autógrafos de autores. Nele foi também realizada uma sessão especial, fruto da parceria da Abrasco com a VideoSaúde, que proporcionou a exibição de cópia restaurada do pronunciamento do sanitarista Sergio Arouca por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Outra importante atividade acolhida pelo congresso foi a reunião da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária Abrasco-Cebes para apresentar seu projeto e iniciar a organização e a mobilização de uma Rede Solidária e Democrática de Colaboradores (Abrasco, 2013e).

Considerações Finais

Mais uma vez o relato dos congressos da Abrasco nos dá a dimensão e o poder de penetração da associação não só no mundo acadêmico, mas também nas mais diversas esferas da sociedade. Constata-se que sua capacidade de mobilização e convocação se mantém de forma crescente em seus 35 anos de existência. Verifica-se também a consolidação do movimento de internacionalização dos eventos iniciado em 2006.

O estudo dos congressos demonstra que esses eventos mantiveram e ampliaram tanto seu papel de fóruns de divulgação científica, difusão de conhecimentos e apresentação de experiências como também de espaços para tomadas de posição, reivindicações e mudanças na própria dinâmica da associação.

Longe de se constituírem em eventos engessados, ao longo de sua trajetória, os congressos deram espaço para a introdução de inovações importantes em sua organização, metodologia de preparação, formas e espaços para a apresentação dos trabalhos, enfoques, participantes, público-alvo e escolha de temas e pautas a serem abordados. Inovação presente no que se refere à ampliação dos congressos por áreas específicas, com a entrada definitiva da área de política, planejamento e gestão em saúde na agenda da associação, e também nas escolhas dos temas norteadores de cada evento, na abordagem de novas e contemporâneas questões, reflexo do movimento de complexificação do campo e ampliação das discussões. Apenas a título de exemplo, citam-se aqui alguns deles: "Saúde coletiva em mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas"; "Saúde é desenvolvimento: ciência para a cidadania"; "Epidemiologia na construção da saúde para todos: métodos para um mundo em transformação"; "Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização"; "Caminhos e descaminhos da política de saúde brasileira".

Na trajetória dos congressos, houve espaço também para inovações no que tange ao próprio relacionamento da entidade com seus associados, as quais possibilitaram maior proximidade e participação deles na vida e na dinâmica da associação.

Assim, a Abrasco passa a promover, em seus eventos, minicongressos, os quais, como se disse, se firmaram constituindo-se em "espaços internos da associação que estão contribuindo para estimular e ampliar os debates e reflexões sobre a estruturação da Abrasco" (Abrasco, 2012a: 13).

Nos quatro minicongressos realizados até novembro de 2013, importantes alterações foram introduzidas na vida da associação e de seus associados, como a aprovação de novos GTs, a criação do Fórum de Coordenadores dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, mudanças profundas em seu estatuto, levando à mais emblemática delas, a mudança do nome da associação.

Em seus 35 anos, a Abrasco se mantém viva e atuante nas mais diferentes esferas da sociedade brasileira, com o vigor e a disposição daqueles que não têm receio de se reinventar. Acredita-se que muito ainda está por vir na trajetória da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e de seus congressos. Espera-se que venham mais 35 anos.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Editorial. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 97, ano XXIII: 2, 2006a. (Edição especial do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Reafirmando a luta por um mundo melhor e com mais equidade. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 97, ano XXIII: 3-4, 2006b. (Edição especial do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Editorial. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 98, ano XXIV: 4, 2007a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Editorial. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 99 (Edição especial), ano XXIV: 2-3, 2007b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). EPI 2008: número recorde de participantes e de trabalhos inscritos. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Edição comemorativa, 100, ano XXV: 16, 2008a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Apresentação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 7, 2008b, Porto Alegre. Disponível em: <www.epi2008.com.br/apresentacao/index.php>. Acesso em: 4 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Sua participação singular garantiu a pluralidade em nosso Congresso. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 103, ano XXIV: 3, 2009a. (Edição especial do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Editorial. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 103, ano XXIV: 2, 2009b. (Edição especial do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Entrevista com Luiz Augusto Facchini – 2009-2012: articulação, debate e propostas em defesa da Saúde Coletiva e do SUS. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 103, ano XXIV: 4-5, 2009c. (Edição especial do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de Olinda. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 103, ano XXIV: 13, 2009d. (Edição especial do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). 8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 104, ano XXVII: 15, 2010a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Abrasco participa. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 104, ano XXVII: 7-8, 2010b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde passa a integrar o calendário de eventos da Abrasco. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 105, ano XXVII: 23, 2010c.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Diretoria promoveu reunião com representantes dos GTs, Comissões e Fóruns da Abrasco. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 105, ano XXVII: 19, 2010d.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de Salvador. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 105, ano XXVII: 24, 2010e.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Apresentação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 5, 2011, São Paulo. Disponível em: <www.cienciassociaisesaude2011.com.br/>. Acesso em: 2 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim Informativo de Prestação de Contas Gestão 2009-2012. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Apresentação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 10, 2012b, Porto Alegre. Disponível em: <www.saudecoletiva2012.com.br/pagina.asp?pg=1>. Acesso em: 3 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Apresentação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 6, 2013a, Rio de Janeiro. Disponível em: <www.cienciassociaisesaude2013.com.br/apresentacao/index.php>. Acesso em: 2 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Editorial. Boletim Informativo de Prestação de Contas – ano de 2013. Rio de Janeiro: Abrasco, 2013b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Apresentação. In: CONGRESSO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2, 2013c, Belo Horizonte. Disponível em: <www.politicaemsaude.com.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=876>. Acesso em: 8 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Abrasco Divulga, ano 1, edição 1, 1 out. 2013d. Disponível em: <www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/PDF%20jornal%20abrasco%20divulga%201.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Abrasco Divulga, ano 1, edição 2, 2 out. 2013e. Disponível em: <www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/PDF%20jornal%20abrasco%20divulga%202.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Abrasco Divulga, ano 1, edição 3, 3 out. 2013f. Disponível em: <www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/PDF%20jornal%20abrasco%20divulga%203.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Mensagem da Comissão. Disponível em: <www.epiabrasco.com.br/mensagem-comissao.html>. Acesso em: 18 dez. 2014.

BELISÁRIO, S. A. Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço construído. In: LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.). Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006.

DIAS, B. C. Comissão científica seleciona trabalhos para o EpiVix, 2014a. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/2014/05/comissao-cientifica-seleciona-trabalhos-para-o-9o-congresso-brasileiro-de-epidemiologia>. Acesso em: 4 fev. 2015.

DIAS, B. C. Homenagem aos ex-presidentes do Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Abrasco, 2014b. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/2014/09/homenagem-aos-ex-presidentes-do-congresso-brasileiro-de-epidemiologia>. Acesso em: 4 fev. 2015.

LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.). Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006.

SILVA, C. Mensagem da Secretaria Executiva. 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Disponível em: <www.saudecoletiva.org.br>. Acesso em: 8 fev. 2015.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde é desenvolvimento. Radis. Rio de Janeiro, n. 125, p. 35, fev. 2013. Disponível em: <www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/125/comunicacao_e_saude>. Acesso em: 3 fev. 2015.

TRAD, L. A. B. Temas e enfoques contemporâneos nas ciências sociais e humanas no Brasil: expressões e tendências refletidas no 5º congresso da área. Cadernos de Saúde Pública, 28(12): 2.373-2.379, 2012.

WERNECK, G. L. Editorial. Cadernos de Saúde Pública, 30(10): 2.029, 2014.

A Abrasco e a Experiência da Graduação em Saúde Coletiva

Isabela Pinto
Jairnilson Paim

Alguns estudos têm discutido a saúde coletiva (SC) no âmbito de profissionalização, apontando fundamentos teóricos, sociais e ético-políticos para uma formação em nível de graduação (Padilha, 1997; Bosi, Raggio & Medronho, 2001; Teixeira, 2003; Elias, 2003; Paim, 2006; Bosi & Paim, 2009). Outros buscam recuperar a trajetória da criação dos cursos de graduação em saúde coletiva (CGSC) e a sua implantação em universidades brasileiras (Ruela, 2013; Santos, 2014).

Cabe lembrar que uma das primeiras iniciativas da então Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) foi organizar, em 1983, uma reunião nacional para discutir o ensino da SC na graduação. Apesar de não haver o propósito de implantar CGSC naquela oportunidade, tal iniciativa indicava uma preocupação da entidade com a formação profissional na área, como contribuição para o projeto da Reforma Sanitária brasileira (RSB). Os participantes do evento recomendaram a organização de um núcleo de graduação no âmbito da Abrasco e uma articulação com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e com os departamentos de medicina preventiva e social (Abrasco, 1984).

A ideia de uma graduação em SC vem sendo debatida no Brasil, desde o fim da década de 1970, em instituições de ensino, como a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, ao examinar alternativas com base nas avaliações dos cursos básicos regionalizados de saúde pública (CBRSP), envolvendo professores como Sérgio Arouca, Mario Hamilton, Arlindo Fábio e Paulo Buss, entre outros (Santos, 2014). Apesar de não concretizada naquele momento, essa ideia foi compartilhada com lideranças acadêmicas de universidades brasileiras e debatida, em 1993, no Congresso da Rede Unida em

São Paulo e em seminário de comemoração dos 20 anos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba), em Salvador. Assim, desde essa época era indicada a necessidade de antecipação da formação do chamado sanitarista, até então realizada nos cursos de pós-graduação, a ponto de essa proposta integrar os documentos de criação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Ufba em 1994.

Considerando o desenvolvimento da SC nesse período, torna-se relevante apresentar os fundamentos e a evolução dessa proposta para estudantes, profissionais da saúde, gestores e demais interessados na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no momento em que a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) comemora 35 anos de existência. Este capítulo tem como objetivo analisar a conformação da graduação em SC, discutindo seus antecedentes, o processo de implantação dos distintos cursos e o protagonismo da Abrasco nessa construção.

Antecedentes

A partir da ideia de uma graduação em SC esboçada nas iniciativas mencionadas, foi elaborado um texto inicial para discussão interna no ISC/Ufba (Padilha, 1997). Reconhecia-se, naquela oportunidade, que o profissional da saúde dedicado aos problemas coletivos que afligem as comunidades tem sido reconhecido como sanitarista ou salubrista. Mesmo considerando-se que tal denominação pudesse ser redefinida diante da crise da saúde pública institucionalizada e da construção do campo da SC, estabeleciam-se convergências, diálogos e identidades entre escolas de saúde pública e institutos de saúde coletiva ou assemelhados no Brasil. Admitia-se que um perfil geral desse profissional contemplaria o conhecimento de doenças, agravos, riscos e determinantes de saúde, assim como as respostas sociais e institucionais a eles, reservando a assistência aos doentes para os tradicionalmente graduados para atendê-los. Argumentava-se ainda no texto que a formação desse profissional na graduação prescindiria, até certo ponto, dos conhecimentos clínicos e terapêuticos específicos, voltados para o atendimento individual. Sua habilitação, porém, deveria capacitá-lo a cooperar com as equipes de saúde (Padilha, 1997).

A transformação dessa ideia numa proposta preliminar no âmbito do ISC/Ufba ocorreu mediante entendimentos com a direção da então Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. No cenário nacional, cabe ressaltar que em 2001 a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs) lançou, após debate em todo o estado, um conjunto de cursos de graduação, definidos de acordo com prioridades regionais. Dentre as prioridades, emergiu a SC, com destaque para as demandas na gestão do SUS, resultando na criação do bacharelado em administração de sistemas e serviços de saúde (Ceccim, 2002). Simultaneamente, foi apresentado um projeto de criação de um curso de graduação em SC na Universidade Federal do Rio de Janeiro, contando com o apoio do reitor recém-eleito.

Em setembro de 2002, o ISC/Ufba organizou uma oficina de trabalho em Salvador, promovida pelo Ministério da Saúde, pela Abrasco e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – escritório do Brasil –, reunindo professores e dirigentes da Ufba, além de representantes de universidades e das referidas instituições. Para esse evento, foi elaborado um texto de referência com o objetivo de discutir o objeto e a prática da SC, analisando a pertinência da formação de um novo profissional no âmbito da graduação (Paim, 2006).

Ressaltava-se no documento o desenvolvimento teórico-conceitual da área de SC e a experiência acumulada no processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, especialmente as tendências de mudança do modelo de atenção à saúde e as demandas do mercado de trabalho no setor. Considerava-se que a SC dispunha de maturidade teórica, metodológica e operativa para enumerar competências e articular valores que orientassem a constituição de novos sujeitos comprometidos com a defesa da vida e da saúde do público. Apontavam-se a crise da saúde pública e a busca de novos paradigmas estimulada pela Opas, Organização Mundial da Saúde (OMS), Academia de Medicina dos Estados Unidos e Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública (Alaesp).

Naquela oportunidade, foram discutidas novas ideias e reflexões elaboradas por experts convidados pela Opas para debater a crise e certas propostas alternativas (Paho, 1992). Argumentava-se, enfim, que a saúde pública e a SC não constituem especialidade médica (Macedo, 1992; Belisário, 1995). Ainda que a SC componha a área da saúde, suas conexões são mais amplas e profundas com as ciências humanas e sociais, a exemplo de economia, administração, comunicação social e marketing, pedagogia e direito, entre outras. Nessa perspectiva, o texto sublinhava a recomendação da 1ª Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública (Alaesp, 1994) para que as instituições formadoras desses agentes das práticas de saúde passassem por um processo de independização das faculdades de medicina, estabelecendo redes com outras unidades acadêmicas visando à interdisciplinaridade e à transdisciplinaridade.

Portanto, buscava-se no documento subsidiar a discussão dos participantes sobre a pertinência, a oportunidade e a viabilidade da proposta. Assim, nesse 1º Seminário Graduação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades, diversos participantes reconheceram a viabilidade, a pertinência e a necessidade de um curso de SC em nível de graduação (ISC/Ufba, 2002), ao tempo que recomendaram ampliar as discussões sobre tal proposta. As reflexões e proposições desse evento conduziram à conclusão de que era oportuno avançar na elaboração do projeto político-pedagógico do curso, bem como ampliar a análise de viabilidade da sua implantação, não só na Ufba como também em outras instituições de ensino superior no país (Teixeira, 2003). Dentre as recomendações, destacava-se a necessidade de ampliação do debate sobre o tema, contando com a decidida colaboração da Abrasco no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva de 2003.

Antes mesmo desse congresso, o tema foi debatido no Fórum Social Mundial em Porto Alegre, em janeiro de 2003, numa mesa-redonda promovida pela Uergs (Santos, 2014).

Depois, como atividade pré-congresso do referido Abrascão, realizou-se uma segunda oficina de trabalho sobre graduação em saúde coletiva. Na programação oficial do evento, foi apresentado o painel "É tempo de termos uma graduação em saúde coletiva?", contando com uma plateia de cerca de oitocentos participantes (Bosi & Paim, 2010). As controvérsias e o intenso debate nesse painel derivaram para uma polarização entre os que defendiam a SC como parte da formação das profissões da saúde (Almeida, 2003) e os que argumentavam a favor de uma nova graduação, sem prejuízo da formação em SC dos demais profissionais (Paim, 2003).

As recomendações da oficina desse Abrascão reiteraram a indicação de se ampliar o debate. No entanto, nem a Abrasco nem o Ministério da Saúde viabilizaram tais desdobramentos naquela época, ainda que algumas universidades envidassem esforços para a institucionalização da proposta em instâncias e colegiados superiores (Bosi & Paim, 2010). Portanto, até julho de 2003 a proposta contou com a simpatia e o apoio da direção da Abrasco. Daí em diante, até 2009, o tema deixou de ter relevo na agenda da entidade. Nesse período, algumas propostas de cursos foram encaminhadas para a análise de instâncias colegiadas de universidades públicas, como no caso da Ufba, com a tentativa de implantação do projeto no campus avançado do município de Vitória da Conquista em 2005 (Santos, 2014). Diante do recuo da Abrasco e do Ministério da Saúde, algumas tentativas de articulação com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) foram efetuadas por lideranças dos próprios cursos.

Reuni, a Implantação dos CGSC, a Organização de Instâncias Coletivas e o Protagonismo Estudantil e da Abrasco

O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) indicava o interesse governamental e a possibilidade de redirecionamento de investimentos públicos para a ampliação da oferta e qualidade do ensino superior. Esse programa tinha como objetivo "criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais" (Brasil, 2007). Assim, a proposta dos CGSC aproveitou essa janela de oportunidade, possibilitando o aparecimento de várias iniciativas nessa perspectiva em um conjunto de universidades federais do Brasil (Paim & Pinto, 2013).

Desse modo, o decreto presidencial n. 6.096, de 24 de abril de 2007 (Brasil, 2007), que criou o Reuni, permitiu que as universidades examinassem a possibilidade da abertura de novos cursos de graduação, ampliando as vagas para o ensino superior e as perspectivas de formação universitária, movimento no qual se insere a criação dos CGSC. A partir do Reuni, o debate deslocou-se da pertinência (o porquê da graduação em SC para o como implantar e implementar os CGSC (Bosi & Paim, 2010).

Outras iniciativas de articulação de instituições proponentes dos CGSC foram empreendidas via rede, com reuniões em Belo Horizonte e Salvador, a exemplo do Encontro Nacional sobre a Implantação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, promovido pela Ufba, com o apoio do Ministério da Saúde e da Opas, em agosto de 2008. O ministério, que tinha excluído os CGSC da sua agenda desde 2003, colaborou na realização desse encontro, sinalizando uma nova posição política diante do Reuni e da atuação do Ministério da Educação.

No caso da Abrasco, o apoio do seu Grupo Temático (GT) Trabalho e Educação na Saúde foi importante no acompanhamento do processo de implantação dos cursos, contribuindo para que, no 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Recife (2009), o tema fosse reintroduzido na agenda da entidade. Nessa oportunidade, foram realizadas a 4ª Reunião Nacional dos CGSC e a Oficina de Trabalho Graduação em Saúde Coletiva, promovida pelo mencionando GT, além de uma mesa-redonda sobre o tema, com a apreciação positiva dos cursos recém-implantados. Do mesmo modo, o discurso de posse do novo presidente da entidade defendia explicitamente os CGSC, enquanto a Abrasco assumia o compromisso de criar o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC), composto por um fórum de coordenadores e um fórum ampliado, com representantes de gestores do SUS e de movimentos sociais.

O FGSC foi criado no ano seguinte, durante o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, tendo a sua primeira reunião em Brasília em novembro de 2010, na mesma oportunidade da realização da 5ª Reunião Nacional dos CGSC. A 2ª Reunião Nacional do FGSC e a 6ª Reunião Nacional dos CGSC ocorreram em São Paulo, durante o 5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde da Abrasco. Já a 3ª, a 4ª e a 5ª Reuniões do FGSC aconteceram, respectivamente, no 8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (São Paulo, em 2011), no 10º Congresso Internacional da Rede Unida (Rio de Janeiro, em 2012) e no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Porto Alegre, em 2012). Assim, todos os congressos da Abrasco vêm possibilitando reuniões nacionais. Além disso, o colegiado gestor do FGSC tem realizado reuniões por teleconferência (Ruela, 2013).

Em abril de 2011, diante da mobilização dos estudantes dos CGSC e de outros segmentos da SC, foi aprovada a mudança do nome da Abrasco para Associação Brasileira de Saúde Coletiva, enquanto as instituições de educação superior que compõem o Fórum de Coordenadores de Graduação em Saúde Coletiva foram reconhecidas como associados institucionais, e os estudantes dos CGSC como associados individuais. Assim, no período 2009-2014, a questão da graduação em SC foi incorporada na agenda política da Abrasco, quando a associação participou ativamente no processo de formulação e implementação da proposta.

No caso do protagonismo estudantil, o 9º Abrascão, em Recife, também pode ser considerado um marco, quando se realizou a 1ª Assembleia Geral dos Estudantes. A 2ª Assembleia,

em Salvador (2010), contou com a participação de mais de cem estudantes, e no ano seguinte foi realizado o 1º Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva (Enesc), oportunidade em que se criou a Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (Conesc). O 2º Enesc ocorreu em 2012 (Esteio, RS), antecedendo o 10º Abrascão. Nesse evento foram realizadas mesas-redondas para discussão dos CGSC, a exemplo da intitulada "Graduação em saúde coletiva: formação, carreira e profissão", e apresentados diversos trabalhos (Ruela, 2013).

Como desdobramento dessas discussões, foram propostos referenciais curriculares, objeto de debate em novembro de 2013, durante o Congresso de Ciências Sociais da Abrasco no Rio de Janeiro (Santos, 2014), para fundamentarem a elaboração das diretrizes curriculares para os CGSC. Diante das iniciativas da Abrasco e da organização dos estudantes mediante centros e diretórios acadêmicos, encontros nacionais, participação em fóruns da área e de uma instância nacional (Conesc), o debate sobre os CGSC estimulou novas investigações no sentido de responder às perguntas por que, para que e para quem o curso (Ruela, 2013).

Caracterização dos Cursos no Início da Implantação

O processo de implantação e monitoramento dos CGSC em diferentes regiões do Brasil foi objeto de investigação realizada pelo GT de Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco.[1] Os resultados do estudo constituíram uma base importante para subsidiar análises de temas que integram o cotidiano dos programas de graduação em SC, considerando os interesses e perspectivas dos profissionais da área, dos membros do GT e dos coordenadores e docentes dos referidos cursos (Abrasco, 2010).

Esse estudo exploratório realizado em 2010 efetuou uma análise documental dos projetos político-pedagógicos (PPPs) e realizou entrevistas com os coordenadores dos cursos em funcionamento naquele ano – universidades federais de Minas Gerais, Bahia, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Acre, Mato Grosso, Paraná (litoral) e Universidade de Brasília (Ceilândia). O trabalho desenvolvido buscou sistematizar processos experimentados em cada um dos cursos analisados, resgatando os antecedentes, a criação e a implantação, revisando documentação de etapas anteriores e atuais sobre os cursos em questão (Belisário et al., 2013).

Um primeiro aspecto que merece destaque é a não uniformidade em relação às denominações. Dos nove cursos analisados, seis foram intitulados graduação em saúde coletiva, dois apresentaram-se como graduação em sistemas e serviços de saúde e um como análise de políticas e sistemas de saúde. Todos ressaltaram a importância da formação de profissionais voltados para a gestão e gerência dos serviços de saúde, em especial dos integrantes do SUS.

[1] O projeto Análise da Implantação dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva em Diferentes Regiões do Brasil, desenvolvido pela Abrasco por meio do seu GT de Trabalho e Educação na Saúde, contou com o apoio da Opas e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS).

Contexto político-institucional de criação dos cursos nas instituições de ensino superior

A maioria dos cursos apresentou como justificativa de criação preencher lacuna no mercado das profissões de saúde no campo da gestão dos serviços e sistemas, com domínio de conhecimentos em epidemiologia, planejamento, programação físico-financeira, avaliação, vigilância da saúde e promoção da saúde. Eles reconheciam a ausência de profissionais graduados aptos para tal função e a necessidade de profissionalização dos quadros de gestão.

Em relação à finalidade do curso, os projetos foram unânimes quando preconizavam formar profissionais sanitaristas para a atuação no SUS. Consideravam que o perfil do egresso deveria estar condizente com as diretrizes curriculares nacionais (DCNs) para os cursos da área da saúde: formar profissionais com visão humanista e crítico-reflexiva, entre outras características; desenvolver trabalho em equipe; atuar na articulação com outros campos do saber; atuar no campo da gestão em saúde (planejamento, avaliação, sistemas de informação), no das práticas de promoção, vigilância, prevenção e ações educativas e na intersetorialidade.

Foram registradas, com menor frequência, outras características no perfil desejado: ser profissional generalista com visão interdisciplinar, sanitarista, auditor, assessor ou consultor em saúde; ser pesquisador com domínio de estatística e informática; atuar na saúde ocupacional com domínio em riscos e ocupações; ter capacidade de liderança, articulação e negociação política e organização do processo de trabalho nas instituições de saúde; atuar na formulação de estratégias de intervenção nos diferentes modelos de atenção à saúde; ser indutor da saúde; atuar na saúde e não na doença; diagnosticar problemas coletivos de saúde e intervir neles; prestar primeiros socorros às vítimas de acidentes ou de mal súbito; atuar na formação e capacitação de recursos humanos; dominar a legislação em saúde e praticar a arte da análise institucional.

No que tange ao processo de criação do curso, o Reuni foi o fator mencionado nos PPPs que mais influenciou a abertura dos cursos, embora tenha sido lembrado também o fato de já existir um processo de discussão sobre o ensino de graduação em SC. No que se refere ao curso ou departamento que liderou a criação e implantação, a maioria destacou os institutos ou departamentos de SC. Tal criação foi possível principalmente pelas parcerias internas, mais do que pelas externas. A adesão foi constatada em todos os PPPs analisados, apenas em um deles ela não apareceu explicitamente citada – mas, verificando-se as disciplinas ofertadas, constatou-se a participação de cursos de diferentes áreas no currículo proposto. As parcerias mais citadas foram das seguintes áreas: ciências econômicas, ciências da educação, ciências da saúde, ciências biomédicas e biológicas. Apenas três PPPs explicitaram o envolvimento dos gestores nas discussões sobre a criação e o desenvolvimento dos cursos. No entanto, foram mencionadas iniciativas prévias de articulação ensino-serviço e parcerias com as secretarias municipais e estaduais de saúde nos processos de ensino de graduação e pós-graduação (Belisário et al., 2013).

Por último, no que se refere às condições que facilitaram ou dificultaram a criação do curso, destacam-se, no primeiro caso, o Reuni, seguido do Pró-Saúde, como fatores facilitadores. As dificuldades não são apresentadas explicitamente e sim nas entrelinhas, podendo-se perceber a questão da quantidade e qualificação do corpo docente para o ensino da saúde coletiva no âmbito da graduação.

Componentes curriculares

A segunda dimensão analisada incluiu a orientação do projeto pedagógico, segundo a qual todos os cursos tinham seus desenhos específicos preservando o foco em administração, gerência, epidemiologia, vigilância da saúde, promoção da saúde, política, planejamento e gestão em saúde. Os PPPs explicitavam o compromisso com a formação centrada no aluno e, na sequência, com o currículo estruturado por competências; processo ensino-aprendizagem baseado em projetos e em resolução de problemas; aprendizagem orientada pela ação-reflexão-ação; aprendizagem pró-ativa e ação interrogadora; currículo integrado; indissociabilidade entre ensino-pesquisa e extensão; metodologias ativas e diversificação das atividades acadêmicas quanto ao tipo e natureza. Pontualmente, houve PPPs que distinguiam também o ensino a distância de maneira complementar; o ensino tutorial; atividades integradas com momentos de concentração e dispersão; presença de orientador acadêmico desde o ingresso no curso; orientador específico para o desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso (TCC); e, por fim, o currículo baseado na articulação entre teoria e prática.

Como cenários de práticas, foram propostos nos PPPs: a existência de espaços na própria universidade, tais como laboratórios, bibliotecas e salas de aula; serviços de saúde, tais como os hospitais públicos e privados, centros/unidades locais de saúde, policlínicas, unidades de urgência e emergência; organizações e espaços não governamentais; saúde suplementar e unidades de administração central, como secretarias municipais e estaduais de saúde. De forma singular, foi citado o Ministério da Saúde como um dos possíveis cenários de aprendizagem, assim como a articulação com espaços educativos do SUS e as unidades de saúde inseridas na área programática da universidade.

Sobre as competências e habilidades gerais definidas nos PPPs, predominaram aquelas relacionadas ao perfil de um administrador/gestor e as relacionadas às DCNs dos cursos de saúde, tais como organização da atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, administração e gerenciamento. Promover a educação permanente e a saúde e ter o perfil de um pesquisador em SC também foram observados na maioria dos PPPs. Indicaram-se ainda as atuações do futuro profissional no campo da saúde coletiva, no sistema de saúde, no trabalho em SC, assim como em informação de saúde e com grupos populacionais.

No que se refere às competências e habilidades específicas, foram citados, entre outras: atuação nos determinantes do processo saúde-doença; domínio das ferramentas de

gestão (planejamento, programação, avaliação, auditoria e regulação); educação permanente; uso da epidemiologia e da estatística na organização dos serviços e sistemas de saúde; atuação na mudança dos modelos de atenção e redes de atenção; vigilância à saúde; gestão do trabalho; gestão da educação na saúde; processo de trabalho em saúde; negociação de conflitos; informação e comunicação em saúde para a gestão e formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. Apenas um dos PPPs citou o domínio de conhecimentos sobre a legislação em saúde.

Em relação à organização curricular, embora tenha predominado o eixo relativo ao campo da SC com conteúdos de epidemiologia, ciências sociais em saúde e políticas, planejamento, gestão e avaliação em saúde, cada curso apresentou sua especificidade, com destaque para os principais eixos:

- Curso I: economia; gestão de recursos humanos; gestão financeira; saúde coletiva.
- Curso II: saúde e sociedade; educação e comunicação em saúde; estudo morfofuncional humano; estatística e informática em saúde; saúde coletiva (epidemiologia, vigilância, promoção da saúde, política, planejamento e gestão em saúde).
- Curso III: políticas públicas e sistemas de saúde; planejamento, gestão e avaliação; saúde, sociedade e humanidades; análise de situação e vigilância à saúde; pesquisa e bioestatística; promoção e educação da saúde.
- Curso IV: saúde coletiva; ciências biológicas e saúde coletiva; saúde e sociedade; epidemiologia; métodos de investigação; planejamento e gestão; produção, ambiente e saúde; vigilância da saúde.
- Curso V: saúde e sistemas de saúde; planejamento e organização das ações e serviços de saúde; gestão em saúde.
- Curso VI: modo de vida; sistemas biológicos; especificidades do fazer em saúde coletiva; cenários de práticas em saúde coletiva.
- Curso VII: ciências sociais básicas e aplicadas em saúde coletiva; ciências da vida e tecnológicas em saúde; ciências da saúde coletiva; conteúdos e atividades integradores.
- Curso VIII: fundamentos de ciências humanas e biológicas em saúde; saúde e sociedade; política, planejamento e gestão em saúde; epidemiologia e vigilância em saúde; pesquisa em saúde e eixo integrador.
- Curso IX: saúde coletiva; humanidades; saúde e sociedade; política, planejamento e gestão em saúde; epidemiologia e vigilância em saúde.

As estratégias de avaliação do processo ensino-aprendizagem mais citadas nos PPPs foram: avaliação formativa e somativa processual e contínua; trabalhos integrativos de avaliação; fóruns avaliativos; avaliação quantitativa e qualitativa; TCC e avaliação docente.

Oferta de cursos

Nessa dimensão investigada observou-se o predomínio do nome do curso graduação em saúde coletiva (seis). Todos os cursos encontravam-se na modalidade bacharelado, predominantemente no regime de oferta anual, com uma e com duas entradas. O número de vagas no vestibular variou de trinta a cem vagas/ano, com uma relação candidato/vaga de 3,5, em média. A maioria disponibilizava seus cursos no turno de funcionamento noturno; dois deles eram diurnos e um em período integral. A carga horária total estava dentro das normas estabelecidas para os cursos de graduação, variando de 2.780 a 5.480 horas, seguindo o padrão dos cursos já existentes. Sobre a relação carga horária teórica/prática, predominava a parte teórica, embora com uma preocupação em relação à prática concentrada principalmente nos últimos anos do curso. Apenas um curso informou ter uma carga horária prática maior que a teórica. A unidade acadêmica mais citada como sede do curso foram os centros de ciências da saúde, com destaque para a enfermagem. Também foram mencionados os institutos de saúde coletiva por dois cursos e a faculdade de medicina por um deles.

Sobre corpo docente e infraestrutura disponível, da maioria dos projetos constavam a quantidade, a titulação e o regime de trabalho dos professores, sendo eles bastante heterogêneos entre si. Observou-se a presença de docentes de outros cursos e departamentos parceiros na maioria das propostas, profissionais de serviços que poderiam atuar como orientadores temáticos e docentes a serem contratados por meio do Reuni para compor o quadro fixo dos cursos.

Repercussões sobre o Campo da Saúde Coletiva e sobre a Abrasco

A referida pesquisa resultou em uma série de desdobramentos dentro da Abrasco, entre eles a realização de oficinas de trabalho, coordenadas pelo GT de Trabalho e Educação na Saúde, discutindo temas identificados como relevantes, como mercado de trabalho, capacitação dos docentes e novos cenários de aprendizagem, entre outros. O Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, formalmente instalado durante o 1º Congresso de Política, Planejamento e Gestão, em 2010, representou outro ator para a implementação dos CGSC. Legitimou no interior da Abrasco a graduação em SC e favoreceu o processo organizativo e político dos cursos. A coordenação era exercida de forma colegiada por três docentes, estimulando discussões importantes sobre diversos temas, entre eles, diretrizes curriculares, referencial de curso, inserção no mercado de trabalho e regulamentação da profissão. Desse modo, a Abrasco participou do grande desafio da formação de novos sanitaristas e da sua incorporação no SUS, reafirmando a sua tradição de protagonista na construção da RSB.

A criação dos CGSC vem-se constituindo numa oportunidade para refletir sobre o campo da SC, bem como suas convergências e distinções com a saúde pública. Do mesmo modo, possibilitou uma discussão sobre a RSB, a reorientação das políticas públicas e o

desenvolvimento do SUS (Bosi & Paim, 2010). Propiciou ainda "revisitar os marcos do campo e, principalmente, projetar a inserção deste 'novo' sanitarista nesta arena política" (Ruela, 2013: 22), assim como refletir sobre a identidade desses profissionais orgânica aos valores e princípios da RSB. Como se alertou em outra oportunidade:

> A experiência e a literatura ensinam: o elemento que confere identidade própria ao profissional, essencial na constituição de uma carreira, em especial no âmbito da profissionalização em saúde, não é dado pela especialização. Constrói-se no longo e complexo processo de socialização de saberes – formais e tácitos – sintetizados na experiência de se graduar em uma dada área e fazer parte de um segmento profissional, seja profissão sociologicamente estabelecida ou ainda em processo. Não por acaso as graduações (e não as pós-graduações) vêm sendo sistematicamente examinadas como base de constituição do que a Sociologia das Profissões considera "profissão". (Bosi & Paim, 2010: 2.033)

Em 2014, já havia 21 cursos implantados e profissionais trabalhando ou disponíveis para ingresso no SUS. A inserção desses novos profissionais no mercado de trabalho produziu um intenso debate nos meios acadêmicos, nos serviços de saúde, na Abrasco e nas instâncias colegiadas dos gestores do SUS diante dos desafios e dificuldades enfrentados pelos egressos dos CGSC, com movimentos de apoio e resistência à nova profissão.

Desafios da Prática, do Mercado de Trabalho e das Políticas de Saúde

Admite-se que o mercado de trabalho para os agentes das práticas de SC não seria algo dado a priori, mas sim o resultado sempre dinâmico da correlação de forças políticas e ideológicas que defendem projetos como os da RSB e do SUS ou se opõem a eles. Desse modo, incluem-se na agenda política questões como a regulamentação da profissão, a necessidade de um conselho corporativo para a categoria, a abertura de postos de trabalho, o acolhimento aos novos sanitaristas e os planos de cargos e carreiras (Paim & Pinto, 2013).

Em resposta aos que questionam a existência de um mercado, tem sido destacada a participação do corpo discente e dos alunos como protagonistas na criação da carreira e no avanço do processo de profissionalização (Bosi & Paim, 2010). Esse protagonismo articula-se com os esforços de consolidação do SUS, cuja estabilidade requer profissionais com perfis equivalentes aos propostos pelos CGSC, comprometidos com a diretriz da integralidade da atenção e com os esforços de redefinição das práticas de saúde. A portaria n. 256, de 11 de março de 2013, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), por exemplo, ao estabelecer novas regras para cadastramento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), inclui no seu art. 5º o sanitarista como profissional graduado em saúde coletiva (Ruela, 2013).

No que diz respeito às práticas de saúde e à natureza do processo de trabalho em SC, os cursos precisam ultrapassar nos seus PPPs e na sua prática cotidiana a visão de necessidades de saúde como "objeto ingênuo" (Donnangelo, 1976: 24). A reflexão crítica

sobre a emergência e o desenvolvimento da SC no Brasil, em contraposição à saúde pública institucionalizada, pode estabelecer um vínculo entre um saber renovado e práticas políticas diferenciadas, criticando o sanitarismo dominante e suas práticas ausentes ou equivalentes. Portanto, os cursos podem optar pela reprodução da saúde pública institucionalizada e, ainda, pela restauração da saúde pública convencional de matriz flexner-rockefelleriana ou ousar inovar, mesmo diante de contradições e da ideologia neoliberal, como mostram os primeiros estudos sobre a sua concepção e implementação (Paim, 2006; Bosi & Paim, 2010; Paim & Pinto, 2013; Ruela, 2013; Santos, 2014).

É possível que certos cursos já estejam problematizando essas matrizes, contradições e ideologias ou realizando um mapeamento de serviços e instituições que reproduzem a saúde pública institucionalizada, nem sempre orgânica ao desenvolvimento do SUS. Tais reflexões e debates tendem a gerar novas questões para a graduação em SC, explorando diferentes possibilidades de prática.

A constituição de novos sujeitos da SC, nessa perspectiva, supõe a articulação da prática teórica e da prática política, bem como o desenvolvimento da atitude crítica e de uma aptidão crítica (Testa, 2007). Esse caminho pode ajudar a superar uma consciência mágica ou ingênua dos graduandos, desenvolvendo uma consciência crítica que os estimule a empreender um pensamento e um agir estratégicos, seja na análise política, seja na formulação e implementação de políticas de saúde (Paim & Pinto, 2013).

Comentários Finais

Este capítulo, apoiado nos primeiros estudos, pesquisas, dissertações e teses que tomaram como objeto os CGSC, procurou mostrar a participação da Abrasco na construção dessa nova modalidade de constituição de sujeitos das práticas de saúde, assim como destacar certas possibilidades que se abrem diante do processo de implementação da graduação em SC no Brasil.

Contudo, a Abrasco pode ir além da discussão de aspectos históricos, conceituais, teóricos, epistemológicos, pedagógicos, metodológicos, técnicos e operacionais da SC na graduação. Um dos seus desafios é contribuir para a constituição de "novos sanitaristas para uma nova sociedade" e indicar "novas faces para o sanitarista", como problematiza Ruela (2013). Esse autor, ao analisar a financeirização da economia, a reestruturação produtiva do capital e a chamada terceira via no Brasil, conclui que "é nessa conjuntura do ensino superior no Brasil que está inserida a proposta dos CGSC que, se não está totalmente afinada com os preceitos da mercadificação do campo, certamente não passará impune a este processo" (Ruela, 2013: 81).

Ainda que determinantes estruturais de sociedades capitalistas induzam à formação de intelectuais orgânicos ao capital, é possível apostar num processo contra-hegemônico que

facilite a constituição de novos sujeitos críticos para a SC, a RSB e o SUS (Santos, 2014). Assim, diversos sujeitos podem se mover nessa conjuntura, e a resultante política do seu pensar e agir, progressista ou conservadora, dependerá da correlação de forças e da produção de novos fatos políticos e institucionais. Essa aposta na formação de novos sujeitos e numa práxis contra-hegemônica pode encontrar seus fundamentos e estratégias na experiência acumulada da SC e do processo da RSB.

Os jovens profissionais graduados em SC possivelmente demarcarão suas trajetórias delineando sua identidade no estudo, no trabalho e nas lutas para serem novos sujeitos-agentes das práticas de saúde (Bosi & Paim, 2010). Como militantes, profissionais e associados da Abrasco, construirão a sua história para além do que é possível prever.

Referências

ALMEIDA, M. A área é multiprofissional e interdisciplinar. Radis, 13: 22, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Relatório final da 3ª Reunião Nacional de Docentes de Medicina Preventiva e Social. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, 3: 171-187, 1984.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Relatório de pesquisa análise da implantação dos cursos de graduação em saúde coletiva em diferentes regiões do Brasil. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA (ALAESP). I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. XVI Conferencia de Alaesp. Informe Final. Rio de Janeiro: Ensp, 1994.

BELISÁRIO, S. A. As múltiplas faces do médico-sanitarista. In: MACHADO, M. H. (Org.). Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BELISÁRIO, S. A. et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6): 1.625-1.634, 2013.

BOSI, M. L. M. & PAIM, J. S. Graduação em saúde coletiva: subsídios para um debate necessário. Editorial. Cadernos de Saúde Pública, 25(2): 236-237, 2009.

BOSI, M. L. M. & PAIM, J. S. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): 2.029-2.038, 2010.

BOSI, M. L. M.; RAGGIO, R. & MEDRONHO, R. A. Reflexões em torno de uma profissionalização em saúde pública (Lilacs). Cadernos Saúde Coletiva, 9(1): 5-8, 2001.

BRASIL. Decreto n. 6.096, de 24 abr. 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm>. Acesso em: 7 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 256, de 11 mar. 2013. Estabelece normas para o cadastramento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html>. Acesso em: mar. 2015.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação na área de saúde coletiva. Boletim da Saúde, 16(1): 9-36, 2002.

DONNÂNGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, 2: 19-35, 1983.

ELIAS, P. E. Graduação em saúde coletiva: notas para reflexões. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 7(13): 167-170, 2003.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA(ISC/UFBA). Relatório do Seminário Graduação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades. Salvador, 2002.

MACEDO, C. G. El contexto. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS, 1992. (Publicación científica, 540)

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). The Crisis of Public Health: reflections for the debate. Washington: Pan American Health Organization, 1992. (Scientific publication, 540)

PADILHA, H. Saúde Pública: campo para profissionalizar em nível de graduação? Salvador, ago. 1997. (Texto elaborado para discutir o tema no ISC/Ufba).

PAIM, J. S. O SUS tem pressa para reorientar modelo. Radis, 13: 23, 2003.

PAIM, J. S. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: Edufba, 2006.

PAIM, J. S. & PINTO, I. C. M. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva, 7(3), 2013. Disponível em: <www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1390>. Acesso em: fev. 2015.

RUELA, H. C. G. A Formação de Sanitaristas e os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil, 2013. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde, Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

SANTOS, L. Educação e Trabalho na Saúde Coletiva Brasileira: estudo de caso sobre a criação dos cursos de graduação na área de saúde coletiva nos cenários nacional e local, 2014. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

TEIXEIRA, C. Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 16, supl.1: 284-312, 2003.

TESTA, M. Decidir en salud: ¿Quén?, ¿Cómo? y ¿Porqué? Salud Colectiva, 3(3): 247-257, 2007.

Os Cursos *Lato Sensu* na Formação em Saúde Coletiva: evolução histórica e desafios contemporâneos

7

Tânia Celeste Matos Nunes
Terezinha de Lisieux Quesado Fagundes
Catharina Leite Matos Soares

As experiências vivenciadas na segunda metade do século XX na formação de pessoal em saúde pública no Brasil contribuíram para uma visão consensual, entre gestores e acadêmicos, de que o setor Saúde deveria dispor de mecanismos formadores próprios em escolas de saúde pública, escolas de governo ou universidades, mediante entendimentos entre os órgãos de serviços de saúde e essas instituições. A oportunidade de refletir sobre a tradição da formação de quadros técnicos especializados, por ocasião dos 35 anos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), permite a retomada de algumas bases culturais que resultaram no estabelecimento da profissionalização em momentos críticos da história da República brasileira, contribuindo para a construção de uma identidade própria para o lato sensu entre as modalidades de curso de pós-graduação em saúde coletiva no país. Esses cursos passaram a se constituir em um caminho para introduzir inovações estabelecidas pelas políticas e práticas de saúde ao longo da história, dada a sua relação próxima com a reflexão dos processos de trabalho em saúde. E ganharam apoio e adesão dos gestores, dos trabalhadores e dos pleiteantes a cargos com perfis identificados com o campo da saúde coletiva no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os cursos lato sensu são considerados como uma das modalidades da pós-graduação, com características definidas pela legislação promulgada pelo Ministério da Educação. Incluem os cursos presenciais ou à distância de especialização, de aperfeiçoamento, o master business administration (MBA) e as residências dos profissionais da saúde. Tais cursos são sempre destinados ao pessoal que já tenha completado o curso superior. São cursos atualmente oferecidos por instituições credenciadas para aprofundar determinado

conhecimento adquirido na graduação, de sorte a atender aos objetivos explícitos e implícitos de cada época histórica (Brasil, 2007).

Os cursos lato sensu tiveram e têm papéis educativos significativos, tanto na formação de quadros docentes para o ensino superior e pós-graduação em geral como na qualificação voltada para o trabalho, na oferta de especialistas para atender às necessidades da população, para a implementação de projetos políticos pedagógicos da saúde e, por conseguinte, para o processo de Reforma Sanitária brasileira e do SUS.

A Reforma Sanitária foi um movimento de reforma social, envolvendo a democratização da saúde, contemplando o direito à saúde, o acesso universal descentralizado e com participação social; a democratização dos estados e seus aparelhos, visando à introdução da ética e transparência na gestão; e a democratização da sociedade para a produção e a distribuição justa de riqueza e do conhecimento (Paim, 2008). Embora suas bases e ambições fossem de uma transformação social geral da sociedade, concretamente sua maior conquista foi a criação do SUS, que trazia na sua essência um conjunto de valores que exigiam transformações nos perfis profissionais e, consequentemente, nos processos de formação para o atendimento de suas premissas (Paim, 2009; Paim & Almeida Filho, 2014).

Este capítulo pretende recuperar, numa breve linha do tempo, a trajetória dos cursos lato sensu para a saúde pública/coletiva no Brasil, na perspectiva das políticas de saúde e em articulação com as políticas de educação, em que se destaca o papel da Abrasco desde a segunda metade do século XX – e que culmina com a criação da Agência de Acreditação Pedagógica (AAP) dos Cursos Lato Sensu em Saúde Pública, implantada a partir de 2014 como uma proposta de gestão da qualidade desses cursos.

Antecedentes

A importância da formação de pessoal especializado para exercer funções técnicas e gestoras para o setor Saúde foi reconhecida desde a primeira metade do século XX. Identificam-se iniciativas de formação de médicos ou graduandos de medicina pelo Instituto Oswaldo Cruz, abrindo caminhos para outros ciclos de formação que se instituíram posteriormente, relacionados às demandas das políticas de saúde. Vale ressaltar que, naquela conjuntura política, o Estado brasileiro se ocupava do saneamento dos portos, do controle das doenças pestilentas, da instituição da vacinação obrigatória, imprimindo mudanças nas práticas de saúde pela emergência da saúde pública institucionalizada no Brasil (Paim, 2003; Paim et al., 2011).

Como resposta a essa situação de saúde, criam-se os cursos de higiene e saúde pública, oferecidos naquele período pelo Instituto Oswaldo Cruz e coordenados por Carlos Chagas, nomeado para tal função em 1925. Tais cursos tinham como propósito "preparar estudantes e profissionais para atuar no campo da higiene preventiva, mediante o ensino e a pesquisa

dos aspectos biológicos, epidemiológicos e sintomáticos das doenças de caráter coletivo" (Azevedo & Ferreira, 2012: 585).

Com a emergência dos programas especiais para atender a certas endemias (Paim, 2003), surgem os programas de formação relacionados ao controle da tuberculose, que demandaram esforços até os anos 1970, no apoio à implantação dos serviços para o seu combate e, também, na incorporação de novas formas de diagnóstico e terapêutica, como no caso da abreugrafia (1936), da introdução de novos medicamentos (1943) e da implantação da sistemática de baciloscopia em sintomáticos respiratórios (fim da década de 1970) (Maciel et al., 2012).

Foi entre 1975 e 1985 que a formação para a saúde, especialmente a saúde pública, teve um crescimento expressivo, no âmbito da conjuntura das políticas educacionais associadas à Reforma Universitária brasileira promulgada pelo Ministério da Educação (Brasil, 1968) e das demandas de internacionalização e crescimento econômico, além da modernização tecnológica das forças produtivas do país no regime ditatorial. Esses fatos favoreceram a expansão do ensino superior e o aumento da capacidade docente, incluindo a expansão dos cursos de pós-graduação stricto sensu e lato sensu, reconhecidos pela lei n. 4.024/1961 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) (Brasil, 1961) e do parecer n. 977/1965 (Brasil, 1965), que faziam a distinção entre ambos.

Os desdobramentos da política educacional decorrentes da Reforma Universitária de 1968 foram percebidos no crescimento dos números de instituições de ensino superior (IES) isoladas, o que não foi acompanhado com a mesma intensidade quando se tratava da qualidade do ensino privado de graduação e pós-graduação lato sensu. Desde a sua origem, os cursos stricto sensu se diferenciavam dos lato sensu por serem aqueles originariamente voltados para a pesquisa, considerada um dos fins da universidade, ao passo que os cursos lato sensu objetivavam a formação docente para o ensino superior (Medeiros, 2010).

Porém, não se pode ignorar que foi no bojo dessa expansão que, contraditoriamente, os cursos de pós-graduação passaram a fomentar mudanças possibilitadas por sua produção crítica e desmascaradora da realidade circundante, sinalizando para o potencial dos processos educativos nas lutas por mudanças políticas e sociais (Bittar, 2006). Foi significativo o crescimento dos cursos e estudos baseados em teorias críticas reveladoras de que a educação pode desempenhar papéis políticos, além dos tradicionais reprodutores de mão de obra qualificada para o mercado de trabalho e do chamado capital humano para o desenvolvimento (Freitag, 1986).

Em suma, as políticas do Estado brasileiro engendravam, predominantemente, uma educação tecnicista despolitizada, mas a expansão da oferta educativa, simultânea e contraditoriamente, abria espaços de lutas antiditatoriais. Assim, esse período marcado pelo autoritarismo do regime militar e pelo cerceamento da participação da sociedade civil e do exercício dos direitos dos cidadãos não impediu a disseminação de saberes, pedagogias

e metodologias críticas, emancipadoras, participativas, conscientizadoras, forjadas muitas vezes na academia e nas lutas populares e dos trabalhadores (Freire, 1967, 1968, 1978; Barreiro, 2000). Entre os trabalhadores estão os do setor Saúde, geradores embrionários da Reforma Sanitária, liderada pela Abrasco e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), com o lema "Saúde e democracia" (Nunes, 1998; Fleury, 1997). Nesse contexto, a experiência da descentralização dos cursos básicos de saúde pública pode ser destacada como uma importante estratégia para a instalação de linhas de profissionalização, criando posteriormente a possibilidade de absorção dos profissionais pelos sistemas estaduais de saúde e até mesmo estimulando a criação de carreiras de sanitaristas nos estados e no Ministério da Saúde (Nunes, 1998).

Nesse período, também se consolidaram as residências em medicina preventiva e social, com o apoio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e se iniciaram os cursos de especialização em saúde pública coordenados pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), mediante convênios com as secretarias estaduais da Saúde ou com os departamentos de medicina preventiva e social das universidades (Nunes, 1998). As residências atingiam o público recém-formado nas graduações em saúde, e os cursos de saúde pública eram oferecidos aos trabalhadores das secretarias estaduais e, posteriormente, às secretarias municipais de Saúde. Vale destacar a experiência de formação de sanitaristas pela Faculdade de Saúde Pública, por demanda da Secretaria de Saúde de São Paulo, tendo na época Walter Leser como secretário, ideólogo e entusiasta desse programa (Nunes, 1998), o que possibilitou a conformação de um conjunto de trabalhadores formados em saúde pública que levou São Paulo ao protagonismo das políticas de saúde no país (Garrido, 2013; Soares, 2014).

O caminho da profissionalização adotado pela saúde por meio dos cursos descentralizados em saúde pública, quando não havia ainda uma oferta ampliada e estruturada de pós-graduação stricto sensu, passou a servir de canal de circulação do conhecimento e de qualificação de profissionais visando à estruturação dos serviços e dos sistemas de saúde na época (Abrasco, 1984, 1988).

No que tange à participação da Abrasco nesse período, nos anos 1980 foram promovidos eventos de acompanhamento e avaliação desses cursos, reunindo lideranças das residências e dos cursos de saúde pública em torno das discussões dos novos fundamentos que mudariam a saúde pública até então vigente, desenhando novas disciplinas, introduzindo as ciências sociais ao lado do planejamento e da epidemiologia, entre outras áreas, e formando docentes nas subáreas da emergente saúde coletiva (Abrasco, 1984, 1988). Esses eventos contribuíram para a formação de profissionais da saúde nas diferentes áreas temáticas que se esboçavam no âmbito da saúde pública coletiva e, por conseguinte, foram constituindo a massa crítica que teve influência no movimento de Reforma Sanitária brasileira e na emergência e implementação do SUS, em fases subsequentes (Soares, 2014).

Paulatinamente, nas universidades, em particular nos departamentos de medicina preventiva, originava-se um novo campo de saberes e práticas denominado saúde coletiva (Paim & Almeida Filho, 1998), que nascia como ruptura da saúde pública institucionalizada, no esforço de criação de um espaço social não médico, ancorado em outros referenciais teóricos e metodológicos para a interpretação dos problemas e necessidades de saúde, notadamente na ótica do materialismo histórico (Vieira-da-Silva & Pinnel, 2013). Esse movimento possibilitou a incorporação e a difusão de novos conceitos produzidos no âmbito das pesquisas dos estudiosos intelectuais da época, destacando-se, entre eles, a análise da medicina preventiva para a compreensão do processo saúde e doença (Arouca, 1975), a organização social da prática médica (Donnangelo, 1975) e a reflexão das práticas de saúde no âmbito dos processos de trabalho médico (Gonçalves, 1986).

Os Cursos *Lato Sensu* Pós-Reforma Sanitária Brasileira

O processo da retomada da democracia nos anos 1980 tem como um dos marcos mais importantes a promulgação da Constituição Federal, em 1988, cujas proposições discutidas no âmbito da Reforma Sanitária foram incorporadas no capítulo destinado à saúde e seguridade social (Brasil, 1988). A considerada Constituição cidadã traz no seu texto, como principal diretriz, a "Saúde como direito de todos e dever do Estado" e a criação de um sistema de saúde único ancorado nos princípios da integralidade, universalidade e participação social (Brasil, 1988). Essa configuração resultou de movimentos que se sucederam na esfera política, a exemplo da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e da I Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde (1986), que debateram e construíram proposições acerca dos problemas do sistema de saúde vigente, entre eles a formação em saúde (Brasil, 1986).

Com a criação do SUS e as diretrizes para sua implantação especificadas nas leis orgânicas da saúde (Brasil, 1990), houve considerável diversificação dos cursos de especialização, acompanhando os formatos que iam se constituindo no interior das políticas de saúde, com requisitos próprios aos perfis profissionais, mas também com a assimilação dos conhecimentos relacionados às subáreas de organização da saúde coletiva, notadamente política, planejamento e gestão em saúde; ciências humanas e sociais aplicadas à saúde; e epidemiologia (Nunes, 1998; Paim & Almeida Filho, 1998).

Nesse contexto, se originam cursos de gestão de sistemas de saúde, cursos de epidemiologia com vários formatos, cursos sobre sistemas de informação, gestão de recursos humanos, vigilância sanitária, entre outros. No período em questão predominavam os modelos presenciais, mas já se ensaiava uma estratégia de ofertas formativas temáticas, de cursos organizados em rede, em vários estados da federação, com o apoio das lideranças do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Dentre esses cursos, sobressaem o Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos

de Saúde (Cadrhu), o Curso de Aperfeiçoamento em Planejamento de Sistemas Integrados em Saúde (Capsis) e o Curso de Atualização em Vigilância Sanitária (Cavisa) (Nunes, 2010). Ademais, com o surgimento dos núcleos de estudos em saúde coletiva (Nescs), com o apoio da Opas e do Ministério da Saúde, ampliaram-se as possibilidades de oferta formativa desses cursos (Nunes, 2011).

A expansão dos cursos de saúde pública e das residências em medicina preventiva e social contribuiu para a formação de docentes em todas as regiões do país e para a construção de uma cultura de formação para o trabalho, com um corpo de pensamento que relacionava a produção acadêmica, a organização do trabalho e as políticas de saúde, que se sequenciaram no interior do SUS (Nunes, 2011).

Esse é o terreno fértil, em termos políticos, que se alimenta, se expande e se robustece das contradições que transpassam toda a década seguinte, marcada pelo neoliberalismo econômico e a reforma do Estado, com o objetivo de inserir o país no mercado internacional – cujas repercussões na área do trabalho e da educação se articulam com as iniciativas da formação dos trabalhadores da saúde (Pinto et al., 2014).

A Implementação do SUS e a Década de 1990: implicações para a formação *lato sensu*

A década de 1990 foi marcada por fatos que direta ou indiretamente influenciaram o setor Saúde. No mundo do trabalho, ocorreram mudanças significativas nas relações contratuais de trabalho, abrindo espaços para os vínculos temporários, precários, flexíveis, com aumento das terceirizações, enfraquecimento dos trabalhadores nas negociações salariais, ao mesmo tempo que se estabeleceram diretrizes políticas caracterizadas pela racionalidade e eficiência, avaliação de desempenho e estímulo à privatização, segundo a proposta neoliberal (Pierantoni, 2001). Essa problemática foi geradora de calorosos debates em torno das temáticas de recursos humanos nas academias e nos congressos da área de saúde coletiva.

As mudanças introduzidas com o processo de modernização administrativa das universidades públicas foram alvo de críticas governamentais centradas na sua ineficiência e distanciamento do atendimento ao mercado de trabalho, o que na racionalidade governamental justificaria seu sucateamento com a redução orçamentária e do quadro funcional. Porém, nesse mesmo período foi introduzida a privatização crescente e indiscriminada de instituições de ensino superior – e não de universidades – com caráter empresarial e lucrativo, redução dos padrões de qualidade e flexibilidade curricular e na organização (Brzezinski & Belonni, 2002).

Na área de formação em saúde, cria-se em 1994 o Programa Saúde da Família (posteriormente chamado de Estratégia Saúde da Família). Em 1996, esse programa é tomado como estratégia de reorientação do modelo assistencial no SUS. Como consequência, organizam-se propostas de formação que passam a contar com o apoio

financeiro das instituições formadoras; nesse contexto estruturam-se os polos de saúde da família, os quais funcionaram como apoio regional a iniciativas formativas do programa. Esse esforço organizativo e indutor realizado pelo Ministério da Saúde constituiu uma base importante de conhecimento sobre a área de saúde da família/atenção básica, mais desenvolvida nos anos subsequentes. Houve adesão das instituições formadoras, que deram corpo a uma ação formativa no lato sensu em que se complementavam a formação dos profissionais e a construção da identidade do programa (Gil, 2005; Aquino et al., 2009).

A expansão da pós-graduação lato sensu incorporou também, nesse período, novas tecnologias educacionais, com o respaldo da legislação da educação, especialmente da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 (Brasil, 1996). No ano seguinte, foi criado o programa de Educação a Distância (EAD) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), abrindo espaço para as ofertas educativas expansivas que passaram a ser posteriormente organizadas também por outras instituições formadoras. O programa de EAD da Ensp resultou na construção de mecanismo tecnológico demandado pelos programas de formação na modalidade lato sensu de apoio às políticas de saúde. Constituiu-se em um grande potencial de organização de cursos em rede, demandados pela gestão do sistema de saúde na difusão das inovações e de novas diretrizes do Ministério da Saúde (Programa EAD Ensp/Fiocruz, 2015).

Essa inovação tecnológica na formação em saúde expandiu-se posteriormente para universidades e escolas de saúde pública brasileiras, o que resultou no aumento da capacidade de oferta de cursos dirigidos ao contingente de trabalhadores que não podiam se afastar dos serviços e daqueles localizados em áreas remotas. Os avanços obtidos com a implantação dos programas de EAD no país também introduziram uma nova forma de planejamento de ensino para o lato sensu, incorporando mecanismos mediados pela tecnologia, e agregaram benefícios aos cursos presenciais.

Seguindo a tendência de expansão instalada na década de 1990, foram organizados nesse período, pela Ensp, dois projetos de expressão nacional. O primeiro diz respeito à formação de conselheiros de saúde, oferecido de forma presencial, que abarcou cerca de 45 mil profissionais da área da saúde. Essa iniciativa foi coordenada pela Ensp/Fiocruz, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pela Universidade de Brasília (UnB) e pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), envolvendo um conjunto de universidades brasileiras visando a estruturar a participação social no SUS (Nunes, 2010). O segundo projeto de expressão nacional, também coordenado pela Ensp, teve como foco a formação docente em educação profissional para enfermeiros que passariam a atuar no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Por meio do programa de Educação a Distância da Ensp, foram especializados docentes em todas as regiões do país (Brasil, 2006).

Merece destaque, nesse período, a atuação da Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos (CIRH), ligada ao Conselho Nacional de Saúde, que liderou um debate em torno

da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), com ampla participação da comunidade acadêmica e de gestores. Em seu capítulo de fundamentação, o documento final evoca a importância da formação de recursos humanos como estratégica para o SUS, destacando a relevância das escolas de governo e dos cursos de qualificação profissional, que deveriam habilitar os trabalhadores para ingressarem nas carreiras. O debate da NOB-RH na CIRH, conduzido pelo Conselho Nacional de Saúde, foi intenso e democrático, com a participação de entidades e especialistas da área, sendo publicado um documento final em 2003 (Brasil, 2005a). Seus conteúdos e seu processo de discussão produziram efeitos na década de 2000, ao subsidiarem políticas que viriam a ser formuladas com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Os Cursos *Lato Sensu* em Saúde Coletiva nos Primeiros 15 Anos do Século XXI

Os primeiros anos do século XXI são marcados pela continuação do crescimento desordenado da oferta e da procura dos diversos cursos da modalidade lato sensu em todas as áreas do conhecimento. Esse crescimento da oferta se mantém influenciado pelas facilidades legais para a proliferação de instituições que promovem cursos lato sensu, particularmente os de especialização. No lado da procura, principalmente na rede privada, há uma corrida para se buscar a especialização para a requalificação profissional e uma potencial forma de competir no mercado de trabalho, com a acumulação de créditos obtidos com os cursos nos seus currículos. Todavia, sabe-se que a importância crescente da demanda por cursos de especialização pela força de trabalho em saúde teria variados e complexos determinantes, entre eles diversificação do mercado de trabalho, implementação de novos modelos de atenção à saúde, necessidade de formação de especialistas para fazer frente à introdução de novas tecnologias, mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira com aumento da longevidade e redução das taxas de natalidade (Machado, 2008).

Várias medidas foram tomadas pelo Ministério da Educação para possibilitar a melhoria da qualidade desses cursos presenciais e a distância, como a criação da Comissão Especial de Acompanhamento e Verificação (Brasil, 2004b) e a Avaliação do Plano Nacional de Educação 2001-2008 (Inep, 2009), entre outras. E mais recentemente um esforço, ainda não concluído, para a criação de um novo marco regulatório para o ensino lato sensu, numa atuação conjunta Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação (Brasil, 2014).

No âmbito da saúde, a educação relacionada aos processos de trabalho torna-se premissa fundamental para a qualificação da força de trabalho no SUS. O esforço em unir trabalho e educação concretiza-se formalmente na reorganização do Ministério da Saúde em 2003, com a criação da SGTES, reunindo em uma única secretaria os esforços até então dispersos em diversos segmentos do Ministério da Saúde (Jaeger, Ceccim & Machado, 2004).

Como resultado dessa nova configuração, publica-se em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004b). Essa política tinha o propósito de induzir e estimular a adoção de práticas de educação permanente nos vários espaços do SUS, visando a disseminar sua capacidade pedagógica (Brasil, 2004b; Ceccim, 2005). Para tanto, criam-se os polos de educação permanente em saúde, buscando articular ensino e serviço, educação e trabalho. A estratégia política foi a organização de um curso de aperfeiçoamento de facilitadores de aprendizagem da educação permanente, em parceria da SGTES/MS com a Ensp, com a finalidade de apoiar a referida política e auxiliar no processo de implementação desses polos nos estados brasileiros (Brasil, 2004a). De importância correspondente foi organizado o curso de ativadores de mudanças na graduação, também em parceria da SGTES/MS com a Ensp e a Rede Unida. Os cursos tiveram participantes de todas as regiões do Brasil e foram organizados pelo programa de Educação a Distância da Ensp (<www.ead.fiocruz.br>).

A partir de então, novas demandas expansivas foram organizadas pela Ensp e outras instituições brasileiras, diversificando a grade de oferta dos cursos e atendendo às necessidades das políticas de saúde, que se multiplicam à medida que avança a implantação do SUS, incluindo aí propostas de educação a distância. Breve exploração da EAD/Ensp (<www.ead.fiocruz.br>) para consulta aos cursos de especialização lato sensu demonstra o cenário de ampliação e diversificação da oferta dessa modalidade de cursos após a criação da SGTES. Observam-se cursos de diversas áreas do SUS que, em sua maioria, representam demandas das áreas de formulação de políticas do Ministério da Saúde. Sua extensão e sua diversidade, além da oferta por diferentes instituições brasileiras, dão concretude à importância do lato sensu na formação para o SUS, revelando ainda o compromisso de áreas importantes de pesquisa nessas instituições – que se comprometem com a divulgação dos resultados dos seus trabalhos e com a manutenção de um canal que permita a comunicação mútua entre o ensino e os serviços, com aprendizados permanentes de ambos.

A criação dos mestrados profissionais no campo da saúde coletiva em 1998 (Brasil, 1998) produz efeitos concretos com a oferta de cursos a partir de 1999 e 2000 (Barata, 2006). O mestrado profissional é uma modalidade de grande interesse para a profissionalização no SUS, reunindo a capacidade de aprender com a reflexão e a construção de propostas para o Sistema SUS. Atuando de forma articulada com a pós-graduação stricto sensu, essa modalidade tem sido bem avaliada (Cesse, 2014), mas se configura em uma dinâmica diferente e complementar à formação lato sensu, além de ter dificuldade de ser oferecida em larga escala, pelas características da sua proposta pedagógica e dos mecanismos de avaliação que lhe são inerentes.

Com o apoio da SGTES, cria-se em 2007 a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, aglutinando as escolas estaduais e municipais de saúde pública e alguns centros formadores dedicados à formação lato sensu para os serviços de saúde. Com base em uma pesquisa com 19 escolas realizada pela Ensp, tendo o suporte da SGTES/MS, foi

realizado um processo de apoio às escolas, com a realização de encontros regulares, cursos de qualificação de docentes, dirigentes e pessoal de comunicação, além de reuniões em torno de temáticas da formação lato sensu com abrangência nacional. A construção da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública passou a contar com uma Secretaria Executiva sediada na Ensp, um Grupo de Condução formado por dez dirigentes eleitos pelos pares e um Conselho Consultivo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a Opas, a SGTES, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Sua atuação tem um caráter técnico-político e reúne instituições dedicadas à formação para os serviços de saúde, estimulando as boas práticas em educação em saúde coletiva e em gestão da educação. A Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública contava no primeiro semestre de 2015 com 48 instituições (Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, 2015).

Em 2008, é criada a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), como parte de uma ação conjunta Opas-SGTES/MS-Fiocruz. Suas atividades são voltadas para a formação de grandes contingentes de participantes, em temáticas relacionadas ao desenvolvimento do SUS, com oferta educativa mediada pela tecnologia de educação a distância. A UNA-SUS realiza suas atividades em articulação com uma rede de instituições de ensino superior. Iniciou suas atividades investindo na formação para a atenção básica no SUS, incorporando, mais recentemente, as demandas do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) e do Programa Mais Médicos. Desde a sua criação até o fim do primeiro semestre de 2015, UNA-SUS já especializou profissionais de Saúde da Família e gestores da saúde (Brasil, 2006).[1]

Inovação na Formação *Lato Sensu* em Saúde Coletiva no Brasil: a acreditação pedagógica no âmbito da Abrasco

A revisão apresentada ao longo deste capítulo sugere que nos últimos 35 anos no Brasil houve considerável mudança nos rumos dos cursos de pós-graduação lato sensu. A implementação do SUS e suas necessidades formativas colaboraram para a diversificação da oferta, atendendo as distintas áreas de conhecimento que possibilitaram a incorporação de tecnologias educacionais diferenciadas, como a educação a distância, e conformando um cenário diverso e complexo, que não foi acompanhado de um processo contínuo e sistemático de regulação. Todavia, em 2005, o Ministério da Educação inicia os mecanismos para o cadastramento desses cursos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) (Brasil, 2005b), seguindo uma série de medidas voltadas para essa modalidade de formação. Nesse momento está em construção um novo marco regulatório

1 Mais informações no site da UNA-SUS. Disponível em: <www.unasus.gov.br>.

para o lato sensu no Brasil, com ações coordenadas pelo Ministério da Educação (MEC) e Conselho Nacional de Educação. Essa modalidade de cursos foi motivada e financiada por meio de editais, o que gerou certa descontinuidade em sua oferta, bem como incertezas sobre os centros formadores. Isso algumas vezes ocasionava efeitos negativos para a formação lato sensu em saúde.

Na década de 1990, a Ensp e a Abrasco empreenderam esforços para implementar a acreditação pedagógica como proposta de avaliação dos cursos lato sensu no Brasil, sem grande avanço na época (Abrasco, 2014). As ideias da acreditação pedagógica encontram eco nas experiências vivenciadas na Europa e nos países latino-americanos (Alão, 2008; Chauvigné, 2004; Barreyro & Lagoria, 2010), em particular a École de Hautes Études en Santé Publique de Rennes (França) (Chauvigné, 2004), que foi a instituição com a qual a Ensp, a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública e a Abrasco buscaram estabelecer parceria na construção do modelo de acreditação pedagógica, incorporado posteriormente.

Acreditação e qualidade são noções que se aproximam e foram difundidas no Brasil principalmente por meio de duas propostas: a primeira relacionada à avaliação da qualidade dos hospitais, com a finalidade de garantir a qualidade da assistência; e a segunda vinculada a processos formativos stricto sensu, os quais utilizam métodos quantitativos e por vezes estabelecem uma relação de competição entre instituições, levando à constituição de um ranking institucional no meio acadêmico (Hortale, Obbadi & Ramos, 2002).

Já a acreditação pedagógica para os cursos lato sensu diferencia-se das proposições anteriores por incorporar noções de confiança. Nela, a qualidade é entendida como um método de estímulo, avaliação e certificação da qualidade por meio da participação voluntária, estimulando as instituições a um comportamento de procura contínua da qualidade da formação, como um caminho a ser percorrido pela instituição (Hortale, Obbadi & Ramos, 2002).

Somente em 2011, o tema da acreditação pedagógica relacionado aos cursos lato sensu em saúde coletiva foi retomado por meio da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública. De início, reativou-se a articulação com a École de Hautes Études en Santé Publique de Rennes. Na sequência, elaborou-se uma proposta com a criação de um modelo que permitiu dar início à trajetória de implantação do sistema de acreditação para os cursos vinculados a essa rede, culminando com a implantação da AAP, no âmbito da Abrasco, em 2014 (Abrasco, 2014).

Essa proposta inicialmente está dirigida aos cursos lato sensu em saúde pública/coletiva ofertados apenas pelas escolas vinculadas à rede, mas tem um grande potencial de diálogo com as instituições formadoras brasileiras, podendo influenciar boas práticas inclusive em outras modalidades de formação, assim como ampliar o debate sobre possíveis formas de gestão da qualidade para o ambiente ampliado de educação no Brasil. Dadas as características das escolas de saúde pública vinculadas aos governos estaduais e municipais que são parte

da rede, observa-se que um ponto crítico a ser superado é o financiamento dos cursos, de modo a lhes garantir estabilidade e regularidade na oferta educativa, base fundamental do modelo de acreditação pedagógica adotado.

O sistema em processo de implantação congrega agentes e instituições (Bourdieu, 1996) implicados nos processos de acreditação, como as escolas, o Ministério da Saúde, a AAP, o MEC, as universidades e a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública. Sua dinâmica de implantação prevê uma oficina de mobilização em cada estado, quando se inicia uma grande agregação de parceiros da educação, do campo da saúde coletiva e da avaliação – seguindo-se outros passos como a manifestação voluntária da escola para sua participação no processo, o relatório de autoavaliação, a visita dos acreditadores e a elaboração do relatório a ser enviado para a Agência.

A AAP recebe o relatório e aciona seus mecanismos de avaliação, contando com uma estrutura de Secretaria Executiva que se ocupa dos assuntos técnicos, político-pedagógicos e administrativos. É o lugar da Agência que confere legitimidade ao processo de acreditação. A AAP conta com um Comitê de Acreditação formado por um grupo de especialistas que cuidam da chancela de qualidade ao curso em acreditação, após análise do relatório recebido, e produzem parecer final sobre a situação de cada curso, nesse particular. A condução política da Agência e do seu processo acreditador é realizada pelo Conselho de Acreditação, cuja composição é representativa das instituições implicadas no Sistema Nacional de Acreditação, com a coordenação do presidente da Abrasco.

A recuperação da história da formação lato sensu realizada neste capítulo corrobora as razões da escolha da Abrasco pela Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, em acordo com o Ministério da Saúde, para ser a instituição condutora desse projeto. O GT Trabalho e Educação na Saúde da entidade participou de toda a construção das bases da Agência, cumprindo deliberação do seu Plano Diretor de 2009. Após a sua implantação, o GT realiza o acompanhamento do projeto junto à Secretaria Executiva da AAP. Além do reconhecimento público da Abrasco, sua escolha para sediar a Agência de Acreditação Pedagógica também se deu pela sua característica de entidade da sociedade civil que possibilita o gerenciamento coletivo dos distintos atores participantes do processo.

Nos primeiros passos já realizados a partir da implantação da AAP em 2014, se vislumbra o seu potencial para produzir efeitos no processo de trabalho e nas práticas profissionais dos agentes envolvidos com a formação nas escolas, que passam a integrar o sistema. Os valores e critérios definidos no sistema de avaliação da AAP para os cursos lato sensu envolvem autonomia, confiança, credibilidade, legitimidade, incentivo à cultura avaliativa e adesão voluntária, o que os distingue de outros processos avaliativos em vigor no sistema formador de pessoal no Brasil. Acredita-se que o avanço da proposta pode trazer contribuições para a discussão da avaliação do ensino no Brasil e para as boas práticas da formação em saúde no âmbito da saúde coletiva.

Retomando o Percurso

Este capítulo recupera a evolução histórica dos cursos de pós-graduação lato sensu em saúde coletiva no Brasil. A sua trajetória evidencia um crescimento favorecido pela Abrasco em um contexto de aglutinação de forças progressistas da Reforma Sanitária brasileira e da criação do SUS. A escolha por essa modalidade influenciou a organização do trabalho nas diversas conjunturas relacionadas às políticas de saúde e de educação no país.

A formação lato sensu possibilitou a emergência de variados segmentos temáticos, permitindo a formação de pessoal para os vários espaços no âmbito dos serviços de saúde, antes e depois do SUS. O processo formativo possibilitou também o engajamento de trabalhadores comprometidos e participantes nas lutas sociais da saúde e, consequentemente, a aproximação de temas como carreiras, relação empregador e empregado e negociação, articulando trabalho e educação.

Os cursos lato sensu ofertados em todo o território nacional, até o início da década de 1990, tiveram papel estratégico no começo da organização do SUS. A importância dessa modalidade de cursos de pós-graduação para a reflexão do processo de trabalho e saúde foi se afirmando ao longo dos 35 anos da Abrasco e ganhando espaço no seu interior em cursos de saúde pública, residências em medicina preventiva e social e, posteriormente, em todas as formações relacionadas à Estratégia Saúde da Família (<www.abrasco.org.br>).

A criação da SGTES disseminou e inovou os processos formativos lato sensu, capilarizando a oferta educativa inicialmente por meio da política de educação permanente em saúde e, na sequência, pela criação da UNA-SUS, que possibilitou a articulação e o compartilhamento dos vários cursos lato sensu das distintas instituições de ensino superior e escolas do SUS.

Há ganhos significativos na estruturação e manutenção da vitalidade da oferta educativa nos moldes apresentados, mas a sua perenidade coloca as instituições formadoras em um lugar de pouco protagonismo na definição das ações educativas, ano a ano, com reflexos no seu financiamento e, portanto, com debilidades em relação à capacidade de manter uma oferta educativa de caráter regular. Essa questão chama a atenção para a necessidade de incorporação de novas estratégias políticas e pedagógicas às instituições formadoras e aos cursos lato sensu a elas vinculados, as quais confiram legitimidade e autoridade no âmbito da saúde coletiva. Nesse contexto, a implantação do Sistema Nacional de Acreditação Pedagógica parece ser uma alternativa a essa problemática apoiada pela Abrasco, visando a ampliar a discussão sobre a avaliação da qualidade do ensino lato sensu em saúde coletiva na contemporaneidade, podendo construir um ambiente de debates, aperfeiçoamentos e contribuições para as políticas de formação em saúde no Brasil.

Outro aspecto deve ser considerado: o formato que se tornou tradição na modalidade lato sensu em saúde, na qual programas são construídos para transmitir o conhecimento das

políticas, deixando de lado o sentido crítico que deve envolver os processos educacionais. Atender aos anseios de aprendizagem das novas gerações e dar protagonismo aos sujeitos da aprendizagem na construção dos modelos de cursos, além de formar professores com práticas coerentes com essas e outras questões são desafios que permanecem para a formação lato sensu em saúde coletiva no Brasil.

Referências

ALÃO, A. P. O sistema de acreditação de entidade formadoras e as empresas de formação em Portugal: que realidade? In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, MUNDOS SOCIAIS: SABERES E PRÁCTICAS, VI, 2008.

AQUINO, R. et al. Programa de Saúde da Família: análise de sua implantação no Brasil. In: SILVA, L. R. (Org.). Diagnóstico em Pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

AROUCA, A. S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva, 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, jun.1984. (Cadernos de textos).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Estudos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Abrasco, nov. 1988. (Caderno de textos).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Agência de Acreditação Pedagógica: referencial da qualidade e padrões de referência para a acreditação pedagógica. Rio de Janeiro: Abrasco, 2014.

AZEVEDO, N. & FERREIRA, L. O. Os dilemas de uma tradição científica: ensino superior, ciência e saúde pública no Instituto Oswaldo Cruz, 1908-1953. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 19(2): 581-610, 2012.

BARATA, R. B. Avanços e desafios no mestrado profissionalizante. In: LEAL, M. C. & MACHADO, C. (Orgs.). Cenários Possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BARREIRO, J. Educação Popular e Conscientização. Porto Alegre: Sulina, 2000.

BARREYRO, G. B. & LAGORIA, S. L. Acreditação da educação superior na América Latina: os casos da Argentina e do Brasil no contexto do Mercosul. Cadernos Prolam/USP, 16: 7-27, 2010.

BITTAR, M. O estado da arte em história da educação brasileira após 1985: um campo em disputa. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D. & NASCIMENTO, M. I. M. (Orgs.). Navegando pela História da Educação. v. 1. Campinas: Histedbr, Autores Associados, 2006.

BOURDIEU, P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 4.024, de 20 dez. 1961. Fixa as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 1961. Disponível em: <www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-normaatualizada-pl.pdf >. Acesso em: 21 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer n. 977/65. Define e caracteriza os cursos de pós-graduação. Diário Oficial da União, Brasília, 1965. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/parecer%20%CFE%20977-1965.pdf.> Acesso em: 24 de abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei n. 5.540/68, de 28 nov. 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1968. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil-03/Leis/L5540.htm>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final. Brasília, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, 1988. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/consti.htm>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, 19 de set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei n. 9.394, 20 dez. 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 1996. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior. Portaria n. 80, de 16 dez. 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1998. Disponível em: <www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Portaria_CAPES_080_1998.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 1.180. Institui a Comissão Especial de Acompanhamento e Verificação, de 6 maio 2004. Diário Oficial da União, Brasília, 2004b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=9&data=07/05/2004>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 328, 1 fev. 2005. Dispõe sobre o cadastro de cursos de pós-graduação lato sensu e define as disposições para sua operacionalização, 2005. Diário Oficial da União. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/superior-avaliacao_institucional-legislacao>. Acesso em: 24 de abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES n. 1 de 8 jun. 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=387&Itemid=352>. Acesso em: 17 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Texto orientador para audiência pública sobre o marco regulatório dos cursos de pós graduação lato sensu especialização. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 15 maio 2015.

BRZEZINSKI, I. & BELLONI, I. A educação superior na nova LDB. In: BRZEZINSKI, I. (Org.). LDB Interpretada: diversos olhares se entrecruzam. São Paulo: Cortez, 2002.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(4): 975-986, 2005.

CESSE, E. A formação em saúde coletiva: graduação e pós-graduação. In: SEMINÁRIO: FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E ENSINO DA SAÚDE COLETIVA, 6-10 maio 2014, Porto Seguro.

CHAUVIGNÉ, C. Accréditation des Formations Superieures Professionnelles et Amélioration Continue de la Qualité. Rennes: École Nationale de La Santé Publique, 2004.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

FLEURY, S. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FREIRE, P. Educação como Prática da Liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

FREIRE, P. Conscientização. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREITAG, B. Escola, Estado e Sociedade. São Paulo: Moraes, 1986.

GARRIDO, S. A Política Nacional de Luta contra Aids e o Espaço Aids no Brasil, 2013. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

GIL, C. R. G. Formação de recursos humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, 21(2): 490-498, 2005.

GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo, 1986. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

HORTALE, V. A; OBBADI, M. & RAMOS, C. L. A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, 18(6): 1.789-1.794, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Avaliação do Plano Nacional de Educação 2001-2008. Brasília: Inep, 2009.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. & MACHADO, M. H. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, 5: 86-103, 2004.

MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. Revista Brasileira de Clínica Médica, 10(3): 226-230, 2012.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MEDEIROS, C. A. Políticas de Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: configuração no período de 1964-1985, 2010. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

NUNES, T. C. M. N. A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil: de 1970 a 1989, 1998. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

NUNES, T. C. M. N. Rede de Escolas de Saúde Pública: dos processos históricos aos desafios atuais. Relatório de pesquisa referente ao edital de apoio à pesquisa e às ações de arquivo e documentação em história e saúde. Rio de Janeiro: Rede de Observatório RH, ago. 2010.

NUNES, T. C. M. N. Rede de escolas em saúde pública: dos processos históricos aos desafios atuais. In: ASSOCIACIÓN DE LOS INVESTIGADORES Y ESTUDANTES BRASILEÑOS EN CATALUÑA & SEMINÁRIO ACADÉMICO APEC HORIZONTES DE BRASIL, ENCENARIOS, INTERCAMBIOS Y DIVERSIDADE, XVI, XV, 11-14 maio 2011, Barcelona.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Medsi, 2003.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba, 2008.

PAIM, J. S. O Que É o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. Reforma Sanitária brasileira em perspectiva e o SUS. In: PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, 377: 1.778-1.797, 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 15 mar. 2015.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2): 341-360, 2001.

PINTO, I. C. M. et al. De recursos humanos a trabalho e educação na saúde: o estado da arte no campo da saúde coletiva. In: PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (ENSP/FIOCRUZ). Site. Disponível em: <www.ead.fiocruz.br>. Acesso em: 19 maio 2015.

REDE DE ESCOLAS E CENTROS FORMADORES EM SAÚDE PÚBLICA. Site. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 18 maio 2015.

SOARES, C. L. M. A Constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil, 2014. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

VIEIRA-DA-SILVA, L. & PINNEL, P. The genesis of collective health in Brazil. Sociology of Health & Illness, 36(3): 432-446, 2013.

A Abrasco e a Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva

8

Rita Barradas Barata

Período Anterior à Criação da Abrasco: 1970-1979

No Brasil, os primeiros programas de pós-graduação surgiram na década de 1920, de maneira isolada e antes que houvesse qualquer regulação. Nesse período, no país, a pesquisa ainda era incipiente e estava concentrada nos institutos de pesquisa, praticamente ausente das faculdades. Esses cursos surgiram como parte do movimento em prol da articulação ensino-pesquisa, segundo o modelo que vinha sendo adotado nos Estados Unidos desde o século XIX, em algumas das melhores universidades (Nunes, Ferreto & Barros, 2010).

Nunes, Ferreto e Barros (2010) informam que o termo pós-graduação foi utilizado pela primeira vez na legislação educacional brasileira na década de 1940, no Estatuto da Universidade do Brasil. A criação da Capes, inicialmente Campanha de Aperfeiçoamento do Pessoal do Ensino Superior – e hoje Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –, e, em 1951, do Conselho Nacional de Pesquisas – atual CNPq, que teve seu nome modificado em 1974 – foram iniciativas importantes de estímulo à pesquisa e à qualificação da formação dos docentes para as universidades. Na década de 1960, a pós-graduação brasileira passou por reformulação sob a influência de docentes e pesquisadores que fizeram doutorado no exterior e, ao retornarem ao país, propuseram-se a impulsionar a pesquisa nas universidades (Nunes, Ferreto & Barros, 2010).

O ensino da pós-graduação stricto sensu no campo da saúde pública teve início no país na década de 1970 (Quadro 1). Até então, a formação em saúde pública ocorria apenas nos cursos de especialização, ministrados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo ou pela Escola Nacional de Saúde Pública – hoje chamada de Escola Nacional

de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ou ainda nas residências médicas em medicina preventiva ou social mantidas por alguns departamentos de escolas médicas (Barata, 1997).

Quadro 1 – Programas de pós-graduação iniciados antes da criação da Abrasco. Brasil – 1970-1979

Instituição de ensino superior	Programa de pós-graduação	Ano início mestrado	Ano início doutorado
USP (FSP)	Saúde Pública	1970	1970
USP/RP	Medicina Preventiva (anteriormente) Saúde na Comunidade (atualmente)	1971	1971 (cessou em 2001) reinício 2011
USP (FM)	Medicina Preventiva	1973	1973
Ufba	Saúde Comunitária	1974	1989*
IMS/Uerj	Medicina Social (anteriormente) Saúde Coletiva (atualmente)	1974	1990*
Ensp/Fiocruz	Saúde Pública	1977	1980*

*Cursos iniciados após a criação da Abrasco.

O primeiro curso de mestrado e doutorado em saúde pública criado no país teve início em 1970 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), na capital paulista, somando-se assim aos cursos de especialização em saúde pública oferecidos pela instituição desde a década de 1920 (Barata & Santos, 2013; Nunes, 2005).

Em 1971 foram criados o mestrado e o doutorado em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, unidade da USP campus de Ribeirão Preto. Em 1973, começaram a funcionar o mestrado e o doutorado em medicina preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na capital (Barata & Santos, 2013; Nunes, 2005). Esses três cursos de doutorado seriam os responsáveis pela formação dos primeiros doutores em saúde pública no país. Até então a formação era concluída em universidades estrangeiras, notadamente nos cursos da Universidade Johns Hopkins, Columbia ou Harvard, todas nos Estados Unidos.

Ainda na década de 1970, foram criados os mestrados em saúde comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e o mestrado em medicina social do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1974. Finalmente, em 1977, foi criado o mestrado em saúde pública da Ensp.

Esse período foi marcado por um esforço de construção teórica do campo da saúde coletiva, de inspiração marxista e estruturalista, fortemente influenciado pelas ciências sociais aplicadas à saúde, principalmente a sociologia e a ciência política. O resultado desse esforço

foi o afastamento progressivo em relação aos conteúdos e abordagens tradicionais da saúde pública e a adoção de posturas críticas que buscavam compreender o processo de produção social do adoecer, além de aspectos relativos à prática médica e à organização de sistemas de saúde (Nunes, 1985). Ganharam espaço também nesses cursos as discussões metodológicas estimuladas pela sistematização do método epidemiológico realizada por MacMahon e Puig (1970) e pelo trabalho de Susser (1973) sobre o pensamento causal (Barata, 1997).

Assim, até a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no fim da década de 1970, havia apenas seis cursos de mestrado no país, três no estado de São Paulo, dois na cidade do Rio de Janeiro e um em Salvador. Os três cursos de doutorado eram oferecidos pela USP, dois deles na cidade de São Paulo e um em Ribeirão Preto.

A Capes, embora criada em 1951, teve a institucionalização de seu papel de condutora da política de formação pós-graduada estabelecida apenas em 1974; portanto, no mesmo período em que os primeiros cursos no campo da saúde coletiva foram criados. Em 1977 começaram a ser criadas as comissões de assessores por área para realizar a avaliação e o acompanhamento dos cursos, e os presidentes das comissões passaram a constituir o Conselho Técnico Científico (CTC) (Ferreira & Moreira, 2002; Capes, 2011). No início não havia uma área de saúde pública para a avaliação dos cursos, e eles eram avaliados pela área de medicina. Entretanto, até o início dos anos 1980, os conceitos dos programas não eram divulgados publicamente, eram de conhecimento exclusivo das instituições avaliadas.

Segundo Nunes, Ferreto e Barros (2010), possibilidade de organizar uma área de saúde coletiva foi discutida inicialmente no 1º Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, e posteriormente na Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública (Alaesp) em Ribeirão Preto, ambas em 1978. A ideia de formar uma entidade que pudesse congregar todos os programas de formação em saúde coletiva nas mais diferentes modalidades só se concretizou com a criação da Abrasco, em setembro de 1979.

Período de Constituição da Abrasco: 1980-1989

A Abrasco, desde sua criação, passou a congregar professores das residências médicas, dos cursos de especialização, dos programas de pós-graduação stricto sensu, e a apoiar o desenvolvimento desses programas, além de realizar uma série de reuniões e atividades acadêmicas e científicas. A atuação se concretizava por meio de comissões, grupos temáticos (GTs), congressos, seminários e publicações congregando docentes e pesquisadores, técnicos e profissionais da saúde, gestores e formuladores da política de saúde do país (Minayo, 2010).

Durante a década de 1980, foram realizados vários seminários e encontros entre docentes dos programas de ensino, lato sensu e stricto sensu, para analisar as características dos cursos e propor formas de fortalecer o desenvolvimento do campo. Foram realizadas as

reuniões nacionais de ensino da epidemiologia, ensino das ciências sociais em saúde e ensino de planejamento e gestão em saúde. Nessas reuniões, cujos relatórios estão disponíveis em diferentes números da publicação Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, editada pela Abrasco nos anos 1983, 1986 e 1989, a maior parte dos participantes era constituída por preceptores dos programas de residência médica. As discussões estavam voltadas para essa modalidade de formação profissional, uma vez que o número de programas de pós-graduação stricto sensu era ainda reduzido.

Ao longo da década, acompanhando o processo de redemocratização do país, a Abrasco envolveu-se cada vez mais com a ação política, visando a concretizar a Reforma Sanitária brasileira, e as questões relativas ao ensino foram cedendo lugar às questões relacionadas com a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A associação teve papel protagonista na organização e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e na atuação da comissão da Reforma Sanitária durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, que resultaram na elaboração e aprovação do capítulo sobre a saúde. Do mesmo modo, a Abrasco participou ativamente no processo de elaboração e aprovação da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde e da regulamentação da participação social no sistema de saúde (Goldbaum & Barata, 2006).

No fim dos anos 1980, havia apenas cinco programas em saúde coletiva que ofereciam cursos de mestrado e doutorado – três em São Paulo, um no Rio de Janeiro e um em Salvador – e três mestrados – dois no Rio de Janeiro, um dedicado à saúde coletiva e outro ao tema de saúde da criança e da mulher, e um em São Paulo dedicado exclusivamente à epidemiologia (Quadros 1 e 2).

Quadro 2 – Programas de pós-graduação iniciados entre 1980 e 1989 – Brasil

Instituição de ensino superior	Programa de pós-graduação	Ano início mestrado	Ano início doutorado
IFF/Fiocruz	Saúde da Criança e da Mulher	1988	1996
Unifesp	Epidemiologia	1989 encerrado em 2005	

Na Capes, a atuação das comissões de avaliação prosseguia organizada por áreas do conhecimento, e os programas do campo da saúde coletiva eram analisados na área de ciências médicas. A partir de 1982, as avaliações passaram a ser divulgadas publicamente. As dificuldades e as reações negativas à divulgação dos resultados dão ideia do estágio ainda incipiente dos mecanismos de avaliação nesse momento. Por incentivo da Capes, as universidades começam a instituir as Pró-Reitorias de Pós-Graduação e Pesquisa para facilitar a interlocução com o órgão (Ferreira & Moreira, 2002).

No campo da formação acadêmica em saúde coletiva, podemos assinalar os anos 1980 como um momento de crescimento e de abertura para numerosas influências de ordem

teórica e metodológica, mas também de ordem política e institucional. A primeira metade da década foi marcada pela influência muito forte da medicina social latino-americana e da epidemiologia social. As contribuições originais que a incorporação das ciências sociais, principalmente a sociologia de cunho marxista, trouxe para o campo da saúde coletiva apresentaram vários desdobramentos, fortalecendo a perspectiva interdisciplinar e acentuando a colaboração entre cientistas sociais e epidemiologistas nos estudos do processo saúde-doença – assim como a colaboração entre cientistas sociais e gestores no âmbito da formulação do direito à saúde e no desenho de um sistema nacional de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

As pesquisas desenvolvidas nesse período revelavam as virtudes e dificuldades desse empreendimento interdisciplinar que pretendia refundir conhecimentos ultrapassando o nível fenomênico dos processos, desvelando as desigualdades geradas e mantidas por uma estrutura social iníqua – desigualdades essas que tanto se manifestavam no viver, adoecer e morrer dos grupos humanos quanto nas diferenças de acesso e utilização de serviços de saúde.

Na segunda metade da década de 1980 se assistiu a um movimento até certo ponto oposto ao anteriormente descrito. O enorme desenvolvimento das técnicas estatísticas de análise de dados e a disseminação do uso de computadores produziram uma guinada das pesquisas na área para uma formulação mais técnica, com empobrecimento das concepções teóricas. Nesse processo de afastamento entre as disciplinas que constituem o campo da saúde coletiva, também houve a influência da experiência de docentes que foram fazer sua formação pós-graduada em nível de doutorado no exterior. Os cursos para obtenção do PhD eram em sua maioria disciplinares, oferecendo formações acadêmicas específicas em epidemiologia, bioestatística, pesquisa em serviços de saúde ou ciências comportamentais. Os doutorados em saúde pública com caráter profissional foram menos procurados pelos docentes das universidades brasileiras, que saíram em busca de formação acadêmica.

Os programas na área de saúde coletiva apresentaram maior crescimento após a criação da área de avaliação em saúde coletiva pela Capes e a sua inclusão na árvore de conhecimentos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), conforme será comentado na próxima seção.

A Criação da Área de Avaliação em Saúde Coletiva: 1990-1999

No início da década de 1990, durante o primeiro governo eleito após a ditadura militar, a Capes foi extinta logo após a posse presidencial. A reação da comunidade acadêmica foi tão intensa que em menos de um mês a medida foi revertida e a professora Eunice Durham assumiu a presidência da agência. No ano seguinte, a agência foi transformada em Fundação Capes, sob a presidência de Sandoval Carneiro Junior (Ferreira & Moreira, 2002). Nesse momento, ocorreu uma primeira mudança no sistema de avaliação, com a substituição dos

conceitos A, B, C, D e E pelas notas de um a cinco e a introdução das notas seis e sete para destacar os programas com maior grau de internacionalização. Além disso, a avaliação até então eminentemente qualitativa começa a incluir alguns indicadores quantitativos.

Em 1992, após o impeachment do presidente Collor e a posse do vice Itamar Franco, a Fundação Capes teria em sua presidência um membro da Abrasco, a professora Maria Andrea Loyola, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Maria Andrea Loyola formou-se em ciências sociais pela Faculdade de Filosofia e Letras de Juiz de Fora (MG), fez o mestrado em antropologia social no Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o doutorado em sociologia na Universidade de Paris. De volta ao Brasil, durante a ditadura militar, integrou a equipe do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e o quadro docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo até meados da década de 1980. Em 1988, assumiu a direção do Instituto de Medicina Social da Uerj. Durante toda a década de 1980, sua produção intelectual foi realizada no campo das ciências sociais em saúde. Durante os dois anos em que presidiu a Capes, trabalhou arduamente para recompor o orçamento da agência, instituiu as bases para a informatização dos processos de julgamento e deu maior consistência ao processo avaliativo, o que resultou em aumento do reconhecimento do trabalho da agência no interior do próprio Ministério da Educação.

Sua gestão à frente da Capes foi fundamental para o desenvolvimento da pós-graduação stricto sensu no campo, uma vez que a constituição da saúde coletiva como área independente de avaliação possibilitou que os critérios de avaliação dos cursos fossem mais bem ajustados às características desse campo científico – o que não ocorria quando os programas eram avaliados segundo os critérios das ciências médicas. Durante a década de 1990, foram criados 14 cursos de mestrado e cinco cursos de doutorado, fazendo com que em dez anos dobrasse o número de cursos em relação aos que haviam sido criados nos vinte anos anteriores (Quadro 3).

Em termos da organização interna da Abrasco, o crescimento dos programas de pós-graduação stricto sensu ocorreu simultaneamente ao decréscimo dos programas de residência médica ou multiprofissionais. Progressivamente, as atividades associativas foram migrando da formação pós-graduada lato sensu para a pós-graduação stricto sensu, e a questão da política científica ganhou espaço ao lado do envolvimento tradicional com a política de saúde.

A primeira representante de área na Capes foi a professora Maria Cecília de Souza Minayo, graduada em sociologia pela UFRJ e em ciências sociais pela City University of New York. Fez mestrado em antropologia social na UFRJ e doutorado em saúde pública na Ensp, onde passou a fazer parte do corpo docente do programa de pós-graduação. Sua produção intelectual sempre esteve voltada para o campo da saúde coletiva, e sua atuação na gerência de ensino da Ensp a aproximou da Abrasco desde o início de sua atividade docente. No fim de seu período como representante de área, assumiu a presidência da Abrasco para o período 1995-1997.

Quadro 3 – Programas de pós-graduação iniciados entre 1990 e 1999 – Brasil

Instituição de ensino superior	Programa de pós-graduação	Ano início mestrado	Ano início doutorado
UEL	Saúde Coletiva	1990	2009
Unicamp	Saúde Coletiva	1991	1991
Ufpel	Epidemiologia	1991	1998
UFMS	Saúde Coletiva	1993 descredenciado 2004	
UFC	Saúde Pública	1994	
UFMG	Saúde Pública	1994	2002
UECE	Saúde Pública	1994	
CPqAM/Fiocruz	Saúde Pública	1996	1999
UFSC	Saúde Coletiva	1996	2009
Ulbra	Saúde Coletiva	1997 descredenciado 2013	
UFRJ	Saúde Coletiva	1997	2009
UFPE	Saúde Coletiva	1998 descredenciado 2007	
Unesp	Saúde Coletiva	1998	2008
UFRGS	Epidemiologia	1999	1999
Ufes	Saúde Coletiva	1999	2012

O momento em que Cecília Minayo assume a presidência da Abrasco corresponde a uma nova inflexão no trabalho da associação. Com a implementação do SUS, mais efetivamente em 1993, surge a necessidade de se retomar de maneira decisiva a produção de conhecimentos no campo para apoiar esse processo. É nesse contexto em que a porção mais acadêmica da associação, envolvida na formação de pesquisadores e na produção científica aplicável ao campo da saúde coletiva, ganha relevância. Vencidas as primeiras batalhas na arena política, a necessidade de demonstrar competência e capacidade técnica impõe à associação um novo rumo: o fortalecimento da pós-graduação e da produção acadêmica.

A demanda pelo fortalecimento da pós-graduação respondia a duas ordens de questões: de um lado, a já mencionada necessidade de produzir novos conhecimentos que embasassem a implementação do SUS; de outro, o questionamento, mais ou menos velado, sobre o caráter científico do campo. Toda vez que se solicitava apoio aos órgãos de fomento para a realização das atividades da associação e nos embates por recursos para o fomento à pesquisa ou bolsas, aparecia o questionamento sobre o caráter científico e a natureza predominantemente política do campo da saúde coletiva. Exemplo desse tipo de dificuldade ocorreu logo no

início do mandato, quando o CNPq tentou impor como coordenador do comitê de área um pesquisador de outra área do conhecimento. A mobilização da comunidade logrou impedir essa medida, porém não conseguiu garantir a indicação do nome que havia recebido o apoio da comunidade (Goldbaum & Barata, 2006).

Diante dessa conjuntura, a estratégia adotada pela nova diretoria privilegiou a inserção da Abrasco na comunidade científica brasileira, seja por meio da participação na assembleia das sociedades científicas da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), seja pela atuação no âmbito dos órgãos de fomento, como o CNPq, a Capes e a Financiadora de Estudos e Projetos Inovação e Pesquisa (Finep). Nesse sentido, foi muito importante a participação na organização e na relatoria da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Baseada em sua experiência na representação de área na Capes, Cecília Minayo decidiu promover uma avaliação independente dos programas de pós-graduação, convidando dois pesquisadores estrangeiros para participar: Sherman James, da Universidade de Michigan, e Claudine Herzlich, do Institut National de la Santé et la Recherche Medicale (Inserm), da França. Esse estudo foi feito em 1995 e 1996, abrangendo os seguintes aspectos: organização dos programas, conteúdo, perfil da demanda, perfil dos egressos, produção científica e difusão científica, e foi financiado pelo CNPq e pela Capes (Minayo, 1997).

A pesquisa avaliativa permitiu destacar as peculiaridades da área que a diferenciavam de outras áreas do conhecimento, tais como ausência de formação graduada em saúde coletiva, origem multiprofissional de sua clientela, articulação intrínseca entre conhecimentos e práticas no âmbito das políticas de saúde. Também permitiu demonstrar que não havia motivos para que o campo não fosse avaliado com os critérios estabelecidos pela Capes para qualquer uma das áreas de avaliação (Minayo, 2006).

As principais conclusões dessa pesquisa avaliativa demonstraram a grande heterogeneidade no que concerne à qualidade dos programas, evidenciando diversos graus de amadurecimento e condições de infraestrutura bastante variáveis. Outra constatação foi a excessiva rigidez do sistema, com falta de clareza de objetivos para as diferentes modalidades de formação, resultando em demora excessiva na finalização dos cursos e inadequação entre oferta e demanda, uma vez que a oferta era de corte acadêmico e a demanda era predominantemente profissional. Quanto à produção científica, observaram-se forte tendência ao crescimento e indicadores compatíveis com os da área da saúde como um todo. Finalmente, um ponto importante dizia respeito às assimetrias regionais, que, embora menos pronunciadas do que no restante da área da saúde, também estavam presentes na saúde coletiva (Minayo, 1997).

Como uma das estratégias para buscar maior homogeneidade entre os programas, foi instituído pela Abrasco o Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, visando a fortalecer o desenvolvimento dos programas e articular o

trabalho da associação ao do representante de área na Capes, estabelecendo assim um canal permanente de comunicação entre eles.

Outra iniciativa importante tomada durante a gestão de Cecília Minayo foi a criação do primeiro periódico científico da Abrasco, a revista Ciência & Saúde Coletiva. Desde o início de sua história, a Abrasco conferiu importância à questão editorial, buscando suprir os programas com textos de referência. Entretanto, essas publicações reunindo textos de relatórios ou contribuições teóricas de membros da instituição não eram adequadas à divulgação dos resultados de pesquisas produzidas nos programas de mestrado e doutorado. A criação da revista da Abrasco, em 1996, ampliou o espaço de divulgação de conhecimentos científicos produzidos no campo, somando-se aos Cadernos de Saúde Pública, editados pela Ensp desde 1985, e à Revista de Saúde Pública, editada pela Faculdade de Saúde Pública da USP desde 1967.

O professor Maurício Barreto, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Ufba), com mestrado em saúde comunitária na própria universidade e doutorado em epidemiologia pela Universidade de Londres, assumiu a representação da área no período de 1995 a 1999. Maurício tinha sido coordenador da Comissão de Epidemiologia da Abrasco e presidiu o terceiro congresso realizado em Salvador, em 1995, mantendo estreitos vínculos com a associação.

Durante os dois mandatos de Maurício Barreto, foram criados oito mestrados e quatro doutorados, representando um acréscimo de 80% nos cursos de mestrado e 60% nos cursos de doutorado existentes em 1994 (Quadro 3). Assim, no fim da década de 1990, os programas em saúde coletiva estavam presentes em todos os estados das regiões Sul e Sudeste e em três estados do Nordeste: Bahia, Pernambuco e Ceará. O crescimento dos programas após a criação da área de avaliação foi bastante acentuado. Durante 22 anos, haviam sido criados dez cursos de mestrados e sete doutorados – portanto, em média 0,8 curso por ano. Nos sete anos após a instituição da área de avaliação, foram iniciados outros 11 mestrados e quatro doutorados, em média dois cursos novos por ano. Desse modo, em 1999 a área contava com vinte programas, dos quais 11 incluíam mestrado e doutorado e nove eram exclusivamente de mestrado. Havia dois programas exclusivamente dedicados à formação em epidemiologia, um programa temático dedicado à saúde da criança e da mulher; os demais abarcavam o campo como um todo, ainda que com distintas denominações, tais como saúde coletiva, saúde pública, saúde comunitária e medicina preventiva.

De 1995 a 2002, a presidência da Capes foi exercida pelo professor Abílio Baeta Neves. Durante sua gestão, alguns aspectos mereceram maior atenção, repercutindo sobre todas as áreas de avaliação. Entre as preocupações centrais estavam a internacionalização da produção científica brasileira e a ampliação de acordos internacionais de cooperação. Outro destaque dessa gestão foi a criação de mestrados profissionais.

O primeiro mestrado profissional foi criado em 1974, pela Fundação Getulio Vargas de São Paulo, e era da área de administração empresarial, antes mesmo que essa modalidade

estivesse regulamentada no país. Em 1992 foi instituído o segundo mestrado profissional, na área de economia, pela Universidade Candido Mendes, e em 1994, o mestrado profissional em administração, pela Universidade Estácio de Sá. Em 1995, foi elaborada uma portaria regulamentando a modalidade do mestrado profissional, que, entretanto, não surtiu grande efeito, pois apenas dois novos cursos foram criados nessa modalidade em 1997, ambos na grande área das engenharias.

Em 1998 nova portaria foi editada, mas as resistências a essa modalidade seguiam muito fortes na maioria das universidades que compunham o sistema nacional de pós-graduação. Em 1998 e 1999 foram criados 22 cursos de mestrado profissional, abrangendo as áreas de administração, economia, interdisciplinar, engenharias, física e odontologia – esta a primeira área da saúde a acolher essa modalidade. O Fórum de Coordenadores dos PPG em Saúde Coletiva iniciou o debate sobre essa nova modalidade sem, entretanto, atingir um consenso sobre as características que deveria ter e a forma como se diferenciaria das residências já existentes, por um lado, e dos mestrados acadêmicos, por outro.

Em 1998, a Capes propôs uma mudança substancial no processo de avaliação dos cursos, revendo uma série de indicadores que haviam perdido sentido ao longo do tempo – tal como o número de doutores no corpo docente dos programas e a composição das bancas, entre outros. A ficha de avaliação, padronizada nesse momento, passou a contar com sete quesitos, embora o número de itens de avaliação em cada quesito fosse bastante variável de acordo com a área de avaliação. Os quesitos avaliados no período 1998-2003 eram: a proposta do programa, o corpo docente, as atividades de pesquisa (projetos), as atividades de formação, o corpo discente, as teses e dissertações e a produção intelectual.

A preocupação com a qualidade se refletiu na proposição do Qualis-periódicos como ferramenta de avaliação da produção bibliográfica, que deveria distinguir a parcela internacionalizada dela. Finalmente, ficou instituído o papel do CTC na equalização dos critérios das diferentes áreas de conhecimento. A partir da avaliação trienal de 2001, as notas atribuídas pelos comitês teriam que ser chanceladas pelo CTC como forma de induzir a discussão dos critérios adotados em cada área, buscando equalizar os resultados.

No âmbito da saúde coletiva, esses mesmos debates foram reproduzidos no Fórum de Coordenadores de Programas, havendo intensa discussão acerca do mestrado profissional e do Qualis-periódicos. A proposta do Qualis era classificar os periódicos, nos quais a produção dos programas vinha sendo divulgada, em três categorias, de acordo com a circulação local, nacional ou internacional, e dentro de cada categoria em três estratos (A, B ou C), de acordo com critérios de relevância estabelecidos pelas áreas. Inicialmente, na saúde coletiva a proposta elaborada em conjunto pela diretoria da Abrasco e pela representação de área propôs que fossem considerados periódicos A aqueles específicos do campo; B aqueles de maior interface científica com o campo; e C aqueles sem essas interfaces. Seriam classificados como de circulação internacional os periódicos com indexação em bases de dados; nacionais aqueles

editados por associações ou instituições nacionais; e locais aqueles restritos a determinados estados ou instituições sem alcance nacional.

A discussão desses critérios com os coordenadores de programas provocou vários ajustes por meio da análise de cada título, prevalecendo na classificação final o consenso estabelecido coletivamente em torno da percepção dos coordenadores sobre a sua relevância para a área. Além dos critérios no interior da área e entre as áreas da grande área da saúde, outro aspecto muito polêmico, que gerava debate, era a exclusão da produção divulgada em veículos, como livros e coletâneas, que passou a ser fonte de grande tensão entre os docentes no interior de cada programa.

Nesse momento de mudança do papel do CTC, a área foi até certo ponto privilegiada, pois pela primeira vez tinha seu representante, Maurício Barreto, como um dos membros do conselho. Assim, pelo menos era possível apresentar os critérios e discuti-los com os representantes de outras áreas de conhecimento sem precisar se valer de intermediários.

A despeito de todo o esforço para melhor qualificar a produção bibliográfica dos programas, nesse momento a avaliação colocou maior ênfase em um dos problemas crônicos da pós-graduação brasileira, que era o tempo muito longo de titulação e a grande taxa de evasão de alunos, principalmente no mestrado, em que muitos concluíam os créditos em disciplinas, mas não apresentavam o trabalho final. Assim, o tempo médio de titulação e o fluxo de alunos passaram a se constituir nos principais itens da avaliação, havendo forte correlação entre a nota obtida por um programa e seu desempenho nesses dois aspectos. No triênio 1998-2000, a quase totalidade dos cursos de mestrado na área apresentava tempo mediano de titulação acima dos 28 meses, não sendo incomum a observação de 46 ou mais meses. Os cursos de doutorado, em sua maioria, apresentavam tempo mediano de titulação acima de 52 meses, ocorrendo valores entre 64 e 68 meses com alguma frequência. Em alguns programas, inclusive o tempo mediano de titulação no mestrado era maior do que o tempo mediano no doutorado.

Progressivamente, o sistema de avaliação foi induzindo a redução do tempo de formação no mestrado para 24 a 28 meses, e no doutorado para 48 a 52 meses. Desse modo, a evasão tornou-se residual. A partir de 2001, é mais frequente entre os cursos da área que o tempo mediano para titulação esteja dentro do recomendado. Assim, no período seguinte, foi possível tirar a ênfase do fluxo de alunos e colocar sobre a produção científica. Embora o fluxo de alunos fosse um dos fatores relacionados à eficiência dos programas na formação de novos pesquisadores, ele atribuía muito peso a um aspecto operacional que era o tempo de titulação, sem levar em conta o número de alunos titulados e a relação entre orientadores e alunos.

Colocar o foco na produção científica significava observar atentamente o produto do trabalho dos programas representado pelos artigos produzidos pelos docentes, como uma medida indireta de sua capacidade para formar novos pesquisadores. Entretanto, nesse primeiro momento não houve preocupação na maioria das áreas de avaliação em vincular essa produção com aquela feita em coautoria com os alunos.

Ênfase na Produção Científica: a primeira década do século XXI

Algumas preocupações já expressas no período anterior se mantêm como orientadoras do desenvolvimento da pós-graduação brasileira, dentre elas destacando-se as iniciativas para reduzir as heterogeneidades no processo de avaliação entre as áreas e a preocupação com o aumento da produção científica dos programas. Parte da produção dos docentes e alunos não era publicada em artigos científicos em revistas indexadas, não conferindo visibilidade aos produtos da pós-graduação.

A principal iniciativa da Capes, ainda sob a presidência de Abílio Baeta Neves, para incentivar a produção científica de qualidade nos programas foi a criação do Portal de Periódicos da Capes, lançado em novembro de 2000, com cerca de 1.400 títulos, disponibilizados aos alunos e docentes dos programas de 72 instituições no país. Essa iniciativa permitiu a docentes e alunos de programas localizados fora dos grandes centros o acesso à literatura científica de qualidade. O aumento dos preços das assinaturas de periódicos científicos, que passaram a ser editados por um número reduzido de casas editoriais em um processo acelerado de profissionalização, tornava cada vez mais difícil para as universidades brasileiras manter um acervo atualizado e abrangente. Nesse sentido, a criação do portal de periódicos representou uma solução extremamente inovadora e com alto potencial de impacto sobre a produção científica de qualidade.

O professor Moisés Goldbaum, formado em medicina pela USP, com mestrado e doutorado em medicina preventiva obtidos na mesma instituição, assumiu a representação da área de saúde coletiva para os mandatos de 1999 a 2004, tendo como sua adjunta a professora Madel Luz, do Instituto de Medicina Social da Uerj. Ambos eram membros atuantes da Abrasco, tendo ocupado cargos em sua diretoria e em suas comissões. Moisés Goldbaum tinha ainda experiência anterior no CNPq e na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). De 2003 a 2005, o professor presidiu a Abrasco, cargo que deixou para assumir a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Esse período correspondeu à criação dos primeiros programas de mestrado profissional na área. O primeiro deles teve início em 2000 e foi oferecido pelo Instituto de Medicina Social da Uerj, seguindo-se em 2001 o programa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Ufba (Quadro 4). Diferentemente do que ocorreu em outras áreas do conhecimento, na saúde coletiva os primeiros cursos de mestrado profissional foram criados exatamente naqueles programas mais tradicionais e consolidados. Desse modo, os mestrados profissionais foram elaborados segundo um patamar de qualidade que serviu de referência para novas propostas. Os primeiros programas exclusivamente de mestrado profissional – ou seja, um curso desvinculado de um programa acadêmico – foram o da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e o da Universidade de Pernambuco.

Quadro 4 – Programas de pós-graduação iniciados entre 2000 e 2009 – Brasil

Instituição de ensino superior	Programa de pós-graduação	Ano início mestrado	Ano início doutorado
Uerj	Saúde Coletiva (MP)	2000	-
ISC/Ufba	Saúde Coletiva (MP)	2001	-
Ensp/Fiocruz	Saúde Pública (MP)	2002	-
Ensp/Fiocruz	Saúde Pública e Meio Ambiente (MP)	2002 encerrado 2009	-
Unisinos	Saúde Coletiva	2002	2013
UEFS	Saúde Coletiva	2003	
UFMT	Saúde Coletiva	2003	
Unifor	Saúde Coletiva	2003	
FCMSCSP	Saúde Coletiva (MP)	2004	
IFF/Fiocruz	Saúde da Criança e da Mulher (MP)	2004	-
Fesp/UPE	Vigilância sobre a Saúde (MP)	2004 descredenciado 2010	
Unisantos	Saúde Coletiva	2004	2013
CPqAM/Fiocruz	Saúde Pública (MP)	2005	-
Unesa	Saúde da Família (MP)	2005	-
Ensp/Fiocruz	Saúde Pública e Meio Ambiente	2006	2006
Unifesp	Saúde Coletiva	2006	2006
UFRGS	Epidemiologia (MP)	2007	-
USP (FSP)	Vigilância em Saúde Pública (MP)	2007 descredenciado 2010	-
Ufba (FM)	Saúde, Ambiente e Trabalho	2007	
UFJF	Saúde Coletiva	2007	
USP (FSP)	Nutrição em Saúde Pública	2007	2007
UFMA	Saúde Coletiva	2007	2009
UECE-UFC-Unifor	Saúde Coletiva	-	2008
UEL	Gestão de Serviços de Saúde (MP)	2008	-
Ufpel	Saúde Pública Baseada em Evidência (MP)	2008	-
Ufac	Saúde Coletiva	2008	
UFF	Saúde Coletiva	2008	
Ensp/Fiocruz	Epidemiologia em Saúde Pública	2008	2008
UEPB	Saúde Pública	2009	
UFPE	Integrado em Saúde Coletiva	2009	

Progressivamente, foram criados novos cursos e programas de mestrado profissional, mas até o fim da década de 2000 não havia nenhuma instituição promotora que não fosse uma instituição de ensino superior ou um instituto de pesquisa – mostrando assim a dificuldade existente na saúde coletiva, assim como em outras áreas de avaliação, de ampliar o escopo da pós-graduação stricto sensu para além dos ambientes acadêmicos.

Em 2001, a Faculdade de Medicina da USP/Ribeirão Preto comunicou à Capes o encerramento de seu curso de doutorado, em razão de grave crise institucional pela qual vinha passando o Departamento de Medicina Social. Dada a política da universidade de não reposição das vagas decorrentes dos processos de aposentadoria e de alguns óbitos, o grupo de docentes se viu muito reduzido e sem condições de manter o curso que tinha sido o segundo criado na área.

Somente em 2011 o programa da USP em Ribeirão Preto voltaria a contar com o curso de doutorado. Tal fato merece um registro à parte, não apenas por esse ter sido um dos programas pioneiros, mas também porque o grupo de docentes que o tinha implementado contribuiu de maneira importante para a formulação teórica do campo e para a formação de residentes, mestres e doutores, que foram nucleadores de outros programas no país.

Nos primeiros dez anos de existência da saúde coletiva como área de avaliação, a hegemonia das representações da área médica e odontológica, que participavam no CTC como representantes da grande área da saúde, era fonte permanente de tensão entre as áreas de medicina I, II e III e odontologia em face da saúde coletiva, da enfermagem, da educação física e da farmácia. Os critérios relativos aos itens e indicadores da avaliação eram unificados para a grande área, assim como a formulação do Qualis-periódicos, atendendo aos interesses e características das áreas dominantes e desconhecendo as particularidades das demais.

O Qualis da grande área da saúde passou a ser construído mediante critérios comuns, que consideravam para o grupo de periódicos internacionais estar indexado em bases como Medline para a categoria internacional C, ter fator de impacto abaixo da mediana para a categoria internacional B e igual ou acima da mediana para a categoria internacional A. As demais categorias eram definidas em cada área, uma vez que tinham impacto pequeno ou nulo nos critérios de avaliação para os níveis de excelência (Caponi & Rebelo, 2005).

A saúde coletiva acatou os critérios fixados para a grande área da saúde, mas decidiu promover três de seus periódicos à categoria internacional A, ainda que eles apresentassem fator de impacto inferior à mediana – caso da Revista de Saúde Pública e da Revista Panamericana de Salud Pública – ou não tivessem seu fator de impacto medido, como era o caso de Cadernos de Saúde Pública. Essa decisão deu margem a muitas discussões entre os representantes. A decisão da área visava a fortalecer os dois periódicos nacionais com indexação internacional e o periódico editado pela Opas como estratégia de atração de maior número de artigos, facultando aos periódicos a possibilidade de uma seleção mais rigorosa de artigos e maior competitividade. Essa estratégia se mostrou correta na medida em que alavancou os periódicos

nacionais, transformando-os em importantes veículos para a disseminação dos conhecimentos produzidos na área, tanto no país quanto no exterior.

A produção da área no triênio 2001-2003 foi de 1.876 artigos, correspondendo a 1,54 artigo por docente permanente. A classificação deliberada das duas principais revistas brasileiras e da revista da Opas como internacional A distorcia a distribuição dos artigos da área, colocando 48% da produção como internacional A e apenas 6,3% como internacional B, além de 19,3% como internacional C. Apesar disso, como o critério para o conceito muito bom na produção científica estava baseado na publicação de três artigos internacionais, sendo pelo menos um em periódicos classificados como internacional A ou B, por docente permanente no triênio, o impacto sobre as notas dos programas não era grande, uma vez que dois dos periódicos seriam corretamente classificados como internacional B e o outro como internacional C. Ainda assim, havia um sentimento generalizado nas áreas médicas de que a área da saúde coletiva tentava, com essa decisão, aumentar artificialmente a nota atribuída a seus cursos.

Na avaliação trienal de 2004, correspondente ao triênio 2001-2003, pela primeira vez – desde a instituição das notas seis e sete – programas de saúde coletiva foram avaliados com a nota seis: o Programa em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel); o Programa em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz; e o Programa em Saúde Coletiva do ISC/Ufba. Nenhum programa foi avaliado com a nota sete.

Esse ponto era objeto de discussão no Fórum de Coordenadores, havendo em seu interior duas correntes antagonistas: uma que defendia a permanência dos programas na nota cinco, argumentando que a área carecia de maior amadurecimento científico e que, portanto, não deveria ainda indicar programas como sendo de excelência; e outra que argumentava a favor da necessidade de se assumir a paridade entre a saúde coletiva e diversas outras das áreas de avaliação que apresentavam desenvolvimento semelhante e tinham programas com nota seis ou sete.

Nesse momento, a comissão de avaliação deliberou pela indicação de três programas para a nota seis, mas preferiu não indicar nenhum para a nota sete, acreditando que essa cautela era positiva para o campo porque estimularia os programas a buscarem novos patamares de excelência. Assim, mais de dez anos depois da individualização da saúde coletiva como área de avaliação e dos esforços da Abrasco para impulsionar e qualificar os programas de formação na área, três programas alcançaram a qualificação de excelência.

No fim do mandato do professor Moisés Goldbaum, havia em funcionamento, na área da saúde coletiva, 34 programas, dos quais 11 com cursos de mestrado e doutorado, 16 apenas com cursos de mestrado e sete mestrados profissionais. Em termos de expansão regional, não se registraram alterações comparativamente ao triênio anterior, existindo pelo menos um curso em cada estado nas regiões Sul e Sudeste, programas em três estados da região Nordeste e apenas um programa na região Centro-Oeste. Houve, entretanto, uma pequena

extensão de programas para o interior dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Bahia. Da mesma forma, a composição dos programas continuava a ser ampla em sua maioria, com três programas de epidemiologia e um programa temático em saúde da criança e da mulher. Mesmo os mestrados profissionais aprovados na área mantinham o escopo amplo.

A posse do professor Jorge Guimarães na presidência da Capes em 2004 veio, por um lado, dar continuidade ao trabalho já iniciado por Abílio Baeta Neves aprimorando o processo de avaliação; e, por outro, enfatizar ainda mais a importância da pesquisa científica como nucleadora das atividades dos programas. Teve início um amplo processo de flexibilização da estrutura curricular dos programas, diminuindo-se a carga disciplinar e ampliando-se as atividades de pesquisa. Coerentemente com essa visão, a produção intelectual passou a ser o aspecto com maior poder de discriminação na nota.

O trabalho desenvolvido no Fórum de Coordenadores, ao longo dos anos, levou a maioria dos programas a solucionarem de maneira satisfatória os aspectos processuais relativos à composição do corpo docente, fluxo de alunos, alinhamento dos projetos às áreas de concentração e linhas de pesquisa, estrutura curricular e composição de bancas, entre outros. Assim, no âmbito da avaliação, foi ganhando espaço a produção intelectual, mesmo que o conjunto de quesitos e seus respectivos pesos não tenha sofrido alterações em relação ao triênio 1998-2000.

Para o período 2005-2007, foi indicado como representante de área o professor Aluísio Barros, formado em medicina pela Universidade Estadual de Campinas, onde também fez seu mestrado em estatística. Posteriormente, fez outro mestrado em estatística e o PhD em epidemiologia na London School of Hygiene and Tropical Medicine. Foi representante adjunto nesse mesmo triênio o professor Ricardo Ventura Santos, da Ensp. Ainda que o professor Aluísio não tivesse até aquele momento atuado mais ativamente na vida associativa, participando de comissões ou cargos da diretoria, teve no desempenho de suas funções total sintonia com os valores defendidos pela Abrasco para a política de pós-graduação e para a política científica no país.

Dando prosseguimento ao processo de tornar os procedimentos avaliativos mais homogêneos entre as áreas e simplificar a avaliação, descartando itens desnecessários ou sem poder de discriminação na avaliação dos programas, foi proposta, em 2005, nova revisão das fichas de avaliação. A ficha que passou a ser usada contava agora com apenas cinco quesitos: a proposta do programa, o corpo docente, o corpo discente, a produção intelectual e um novo quesito relativo à inserção social do programa. A inclusão do quesito inserção social respondia à demanda expressa por algumas áreas de avaliação, entre as quais a de saúde coletiva, para que a avaliação levasse em conta a relevância social dos programas e não apenas seu nível de excelência acadêmica.

Além da reorganização dos sete anteriores para os cinco quesitos mencionados, houve um esforço de redução no número de itens de avaliação. Na grande área da saúde, os 36 itens

das fichas de 1998 a 2004 foram inicialmente reduzidos para 21 em 2005, passando para vinte em 2006 e finalmente chegando a 18 em 2007. O CTC conseguiu discutir e propor 17 itens comuns a todas as áreas, deixando a cada uma delas a liberdade para acrescentar outros desde que os 17 itens comuns fossem considerados. Esse foi um grande esforço de confluência na avaliação, ainda que os critérios e os indicadores para avaliar cada aspecto continuassem a ser definidos em cada uma das áreas de avaliação ou em cada grande área. Tradicionalmente, a grande área da saúde e a grande área de engenharias procuravam estabelecer critérios e indicadores comuns, apesar da diversidade interna existente em ambas. Todo o processo de redefinição da ficha foi amplamente discutido no Fórum dos Coordenadores, contando com a ativa participação dos representantes de área, titular e adjunto, e com a participação de um ou mais membros da diretoria da Abrasco.

Nesse triênio, procurando responder à grande insatisfação dos pesquisadores da saúde coletiva, cuja produção intelectual era prioritária ou exclusivamente divulgada em livros e coletâneas, foi proposta a avaliação dessa produção mediante uma classificação das editoras, buscando valorizar editoras universitárias não comerciais, com tradição de publicação na área, presença de conselho editorial e capacidade de distribuição. Na definição desses critérios, o grupo de trabalho estabelecido pelo Fórum de Coordenadores mostrou-se bastante ativo.

A adoção desse critério na avaliação da produção intelectual foi nova fonte de tensão entre a saúde coletiva e os representantes das áreas de medicina e odontologia, pois nelas não existia a tradição de divulgar resultados de pesquisa em livros ou coletâneas. Em medicina e odontologia, apenas conteúdos técnicos ou didáticos eram publicados em livros; assim, essas áreas faziam forte oposição a que os livros fossem considerados na produção intelectual dos programas, mesmo que ficassem restritos a livros de pesquisa.

A adoção de critérios mais rígidos de classificação da produção e a indução ao aumento da produção internacionalizada foram as principais marcas desse triênio. A Capes, como agência de fomento à pós-graduação, empenhou-se firmemente na internacionalização do conhecimento produzido nos programas brasileiros, buscando dar visibilidade aos grupos de pesquisadores nacionais e forçar a integração da ciência brasileira à ciência mundial.

A partir de 2007, a Capes considera o mestrado profissional como um programa separado do programa acadêmico, mesmo naquelas instituições em que os cursos foram inicialmente instituídos junto aos programas acadêmicos já existentes. Com isso, houve um aumento no número de programas sem aumento no número de cursos.

Os nove programas criados entre 2007 e 2009 representaram um aumento real, e seus programas temáticos ou disciplinares já eram maioria em relação aos de amplo espectro, apontando assim uma tendência que iria aumentar nos anos seguintes (Quadro 4). Essa tendência refletia, de um lado, a percepção da necessidade de se caminhar para formações mais especializadas, tendo em vista as demandas concretas de produção de conhecimentos e de formação profissional; de outro, a possibilidade de se poder contar em futuro próximo

com a clientela oriunda dos cursos de graduação em saúde coletiva, que começam a ser implantados no Brasil em 2008, tornando menos necessária a oferta de uma formação ampla nos programas de pós-graduação.

Assim, no fim de 2007, a área contava com 39 programas, dos quais 31 eram acadêmicos e oito eram profissionais. Entre esses 31 programas acadêmicos, 14 tinham cursos de mestrado e doutorado e 17 apenas cursos de mestrado. Os programas estavam presentes em todos os estados das regiões Sul e Sudeste, com alguma interiorização nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul; e em quatro estados da região Nordeste, com um programa no interior da Bahia. Havia apenas um programa na região Centro-Oeste, no estado do Mato Grosso.

A produção intelectual dos programas cresceu acentuadamente no triênio 2004-2006, aumentando em 91% o número de artigos publicados em relação ao triênio anterior. Foram registrados 3.588 artigos produzidos por alunos e docentes, dos quais 54,3% em periódicos classificados como internacional A e 27,4% em periódicos classificados como internacional C. A proporção de artigos em periódicos internacional B foi ainda menor do que no triênio anterior, atingindo apenas 1,3%, evidenciando a necessidade de revisão do Qualis da área. Além de maior número total de artigos, houve crescimento no número de artigos por docente permanente, passando de 1,54 no triênio anterior para 1,93, dos quais 1,58 artigo por docente correspondia a artigos publicados em periódicos classificados como internacionais.

As tensões entre a área de saúde coletiva e a representação da grande área da saúde no CTC ficou mais uma vez evidenciada no transcurso da avaliação trienal, quando cerca de um terço das notas atribuídas pela comissão de área foi alterada na reunião do CTC, a despeito do trabalho extremamente criterioso e cuidadoso que havia sido feito. A representação de área e a comissão de avaliação, embora devendo acatar as decisões do conselho, fizeram uma manifestação formal ao diretor de avaliação contestando as alterações feitas pelo CTC e reiterando os critérios adotados pela área.

Na avaliação trienal de 2007, relativa ao triênio 2004-2006, a comissão de avaliação da área indicou um programa para a nota sete (epidemiologia da Ufpel) e dois para a nota seis (Ensp/Fiocruz e ISC/Ufba), mantendo os mesmos três programas de excelência do triênio anterior. No entanto, o CTC também atribuiu nota seis ao programa de epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ficando a área com quatro programas avaliados como de excelência.

O grande descontentamento entre os coordenadores de programas teve também repercussões no Fórum, com a instituição de algumas mudanças que o tornaram mais efetivo: a instituição de uma coordenação eleita pelos membros para melhor articular as reuniões semestrais; a criação de uma lista eletrônica permanente de discussão; a criação de um site específico, no qual existe uma biblioteca para divulgação de documentos de interesse produzidos por grupos de trabalho, atas das reuniões e documentos encaminhados pela representação da área.

Ficou bem estabelecida, desde a última reunião de 2007, a vinculação do Fórum à Abrasco e sua independência em relação à representação de área na Capes. As agendas passaram a ser tarefa da coordenação do Fórum em comum acordo com o coordenador do programa anfitrião, sendo o representante e o adjunto convidados a participar das atividades. A primeira coordenação foi composta pelas professoras Maria Lúcia Bosi, do Programa de Mestrado da Universidade Federal do Ceará, e Maria Novaes, do Programa em Medicina Preventiva da USP.

A partir dessa nova configuração, as reuniões contaram sempre com temas previamente preparados por GTs especialmente constituídos para informar as discussões e torná-las mais produtivas. Tais mudanças demonstraram todo o seu potencial nos anos subsequentes, garantindo maior continuidade ao trabalho associativo a despeito da constante troca de componentes do Fórum, em razão das substituições dos coordenadores e vice-coordenadores dos programas, que ocorrem com periodicidade de dois a três anos, dependendo da instituição.

O Fórum de Coordenadores deixou de ser o local das lamúrias dos coordenadores e passou a se constituir efetivamente em um espaço de discussão, reflexão e proposição para a política de pós-graduação. Além disso, a nova configuração e o novo modus operandi facilitaram o compartilhamento de experiências de maneira mais eficiente, construindo uma rede de relações extremamente importante para dar suporte político institucional aos coordenadores de área na Capes.

Em 2008, a coordenação de área foi assumida pela professora Rita Barradas Barata, autora deste capítulo, formada em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, com mestrado e doutorado em medicina preventiva, titulação obtida no Programa de Medicina Preventiva da USP. A autora participou ativamente da Abrasco desde sua criação, tendo inclusive sido coordenadora da comissão de epidemiologia em vários momentos e presidente da associação para o período 1997-2000. Pela segunda vez, desde sua criação, a área teve seu coordenador participando como membro eleito do CTC. Ricardo Ventura Santos permaneceu como coordenador adjunto, colaborando ativamente nos processos de seleção de cursos novos e no desenvolvimento e implementação da avaliação da produção em livros.

Durante o ano 2008 e parte considerável de 2009, o CTC esteve envolvido com a revisão do Qualis-periódicos. Estudos promovidos pela própria Diretoria de Avaliação, na época ocupada pelo professor Renato Janine Ribeiro,[1] mostravam que o Qualis foi perdendo capacidade de discriminar adequadamente a produção dos programas, deixando de ser útil como ferramenta de avaliação.

Além da baixa capacidade de discriminação, não havia nenhuma comparabilidade entre as diferentes áreas, o que dificultava a análise pelo CTC, principalmente na atribuição

[1] Em abril de 2015, o professor se tornou ministro da Educação do governo Dilma Rousseff.

de notas seis e sete, que supostamente deveriam ser reservadas apenas aos programas com evidente internacionalização de sua produção.

A proposta elaborada pela Diretoria de Avaliação e aprovada pelo CTC implicava completa reformulação do Qualis, visando a solucionar os dois problemas anteriormente identificados. Em lugar da classificação anterior dos periódicos em internacional A, B ou C; nacional A, B ou C; e local A, B ou C, foram propostos sete estratos, designados A1, A2, B1, B2, B3, B4 e B5. Estabeleceram-se regras para forçar todas as áreas a construírem os estratos com poder de discriminação: 1) todos os periódicos da lista de cada área teriam que ser classificados – para isso foi instituído um estrato C, destinado aos periódicos não classificáveis e outros tipos de publicações que poderiam aparecer na lista indevidamente; 2) no máximo 50% dos artigos publicados poderiam ser classificados nos estratos superiores: A1, A2 e B1; 3) no máximo 25% dos artigos publicados poderiam ser classificados nos estratos A1 e A2; 4) a proporção de artigos publicados no estrato A1 teria que ser menor que a proporção de artigos publicados no estrato A2; 5) o sistema de ponderação associado a cada estrato deveria guardar no mínimo 15 pontos de intervalo entre eles.

Essa proposta gerou enorme discussão tanto no âmbito do CTC quanto na comunidade acadêmica, pois havia uma quantidade enorme de problemas de concepção. Toda a lógica proposta penalizava periódicos que de alguma forma concentrassem parte da produção na área. Por exemplo, na área de saúde coletiva, os periódicos específicos ficavam em desvantagem em face de periódicos de áreas afins, nos quais parcela menor dos artigos eram publicados.

Após intensas discussões e numerosas simulações durante o ano 2008, a presidência da Capes decidiu modificar a proposta num aspecto fundamental: em vez de as porcentagens restritivas se aplicarem ao total de artigos, se aplicariam aos títulos, independentemente da concentração ou não da produção. Dessa forma, pôde ser superada a maioria das resistências, e o novo Qualis foi adotado.

Outra mudança que demandou grande trabalho ao CTC foi o desenvolvimento de uma proposta comum para avaliação de livros, coletâneas e capítulos. O CTC constituiu um grupo de trabalho para elaborar uma proposta de modo a normatizar o processo de avaliação destinado àquelas áreas do conhecimento para as quais a divulgação em livros fosse importante. A condução dos trabalhos coube aos coordenadores das áreas de educação, sociologia e saúde coletiva.

Em meados de 2009, foi possível aprovar a proposta em um seminário do qual participaram coordenadores de 26 áreas de avaliação. Posteriormente, a proposta também foi aprovada pelo CTC e incorporada aos instrumentos da avaliação trienal. A partir dessa deliberação, os livros, coletâneas e capítulos foram oficialmente reconhecidos como produção intelectual com a mesma importância dos artigos científicos nas áreas que optaram por incluí-los na avaliação dos programas, entre as quais a área da saúde coletiva.

Passados quarenta anos da criação do primeiro programa de pós-graduação da área de saúde coletiva, estavam em funcionamento, em 2009, 45 programas, dos quais vinte com cursos de mestrado e doutorado, 14 apenas com curso de mestrado, dez mestrados profissionais e um doutorado em associação ampla de dois programas com cursos de mestrado. A distribuição regional permanecia pouco alterada, a não ser pela criação do primeiro programa na região Norte e de um programa na Paraíba, estado da região Nordeste onde não havia nenhum programa da área.

A diretoria da Abrasco e o Fórum de Coordenadores organizaram uma nova pesquisa nos moldes daquela desenvolvida em 1995-1996, sob a coordenação da professora Cecilia Minayo, realizada nos anos 2008 e 2009, propiciando uma avaliação independente em relação à realizada pela Capes. Os pontos destacados dessa avaliação foram: melhor delimitação epistemológica do campo da saúde coletiva em torno da epidemiologia, das ciências sociais em saúde e do planejamento e gestão em saúde; organização sistêmica dos conteúdos disciplinares trabalhados; movimento crescente de interação interdisciplinar; ampliação dos objetos de estudo; maior interação entre pesquisadores, gestores e profissionais da saúde. Destaca-se também, segundo os autores, a progressiva consolidação de uma tradição científica e técnica. Todos esses avanços em relação à situação encontrada em 1997 refletiam a aprendizagem que a participação no Fórum propiciou aos coordenadores de todos os programas, favorecendo a troca entre programas consolidados e novos programas.

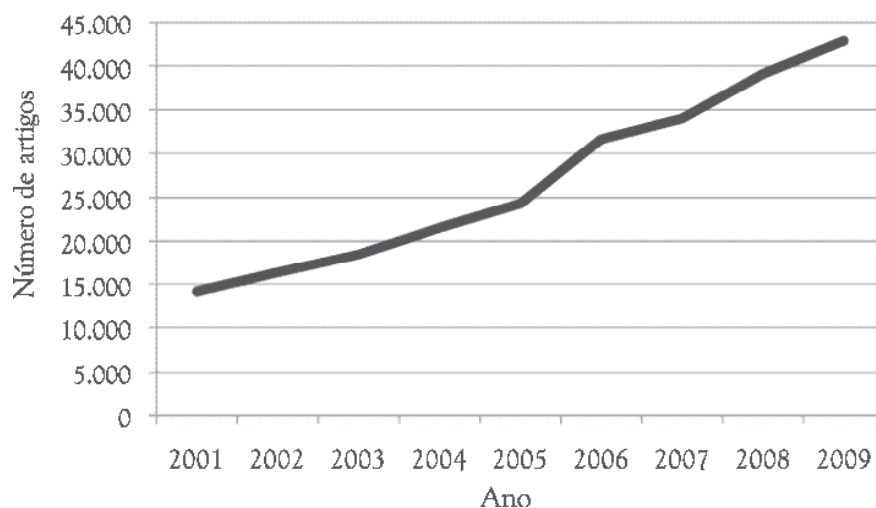
Apesar do aumento no número de programas, de docentes e de alunos titulados, a equipe responsável pela avaliação demonstrou preocupação com a estagnação do quadro docente em algumas instituições e até mesmo a redução observada em outras. Além do pequeno crescimento dos quadros docentes, os avaliadores assinalaram o processo de envelhecimento, uma vez que a idade média dos professores era de 51 anos. Outra mudança constatada em relação à avaliação feita em 1997-1998 dizia respeito à titulação dos docentes, que em sua imensa maioria havia sido obtida no próprio país, indicando assim a necessidade de se buscar experiência internacional por meio de programas de pós-doutorado.

A concentração geográfica dos programas era menor do que a observada em 1997-1998, tendo havido expansão nas regiões Sul e Nordeste, porém o déficit de programas nas regiões Norte e Centro-Oeste permanecia inalterado (Minayo, 2010). O estudo de egressos mostrou que, em sua maioria, eles atuavam como gestores ou técnicos no SUS ou como docentes em programas de graduação ou pós-graduação. Ou seja, havia no campo duas distintas clientelas, que possibilitavam à área uma definição cada vez mais clara entre programas com objetivos acadêmicos e programas com objetivos profissionais.

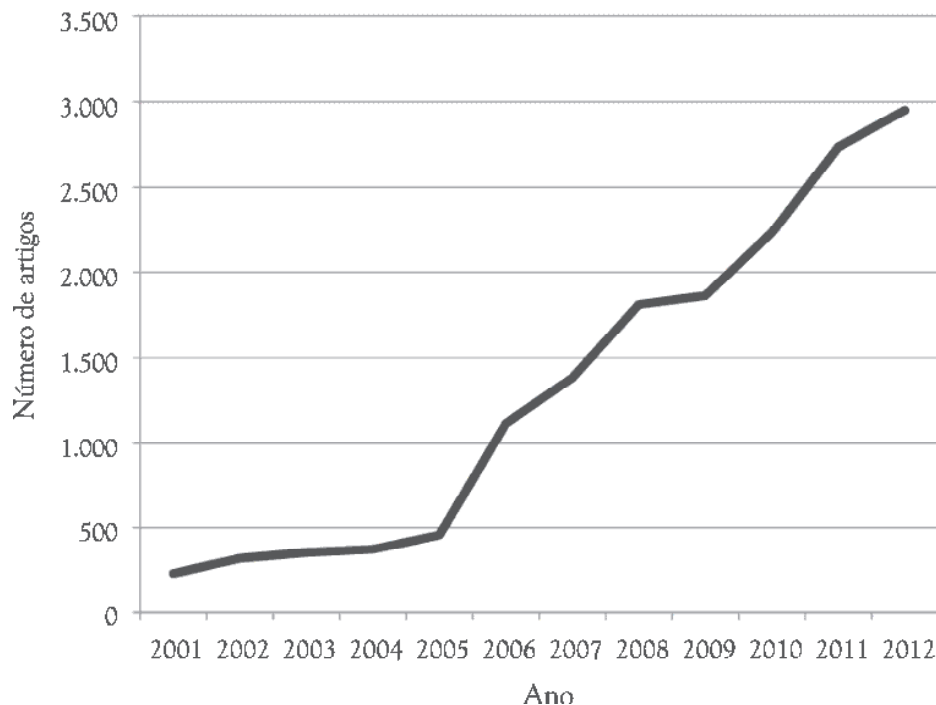
Na análise qualitativa e quantitativa da produção científica, chamou a atenção dos autores a redução significativa da proporção de artigos com autoria única e o aumento de pesquisas multicêntricas, em rede ou em parceria, além do aumento significativo no número de artigos publicados em revistas indexadas (Minayo, 2010). Passou-se de 591 artigos para

2.126, com crescimento de 28% entre a trienal 2001 (1998-2000) e a trienal 2004 (2001-2003) e de 46% entre ela e a trienal 2007 (2004-2006) (Viacava, 2010).

A política de indução do aumento da produção qualificada se mostrou eficiente para o conjunto da produção brasileira e para a saúde coletiva em particular, conforme pode ser aquilatado pelo número de artigos de autores trabalhando em instituições brasileiras publicados em periódicos indexados na base Scopus e analisados pelo SCImago (Gráficos 1 e 2). Esses artigos correspondem numericamente a 50% da produção apresentada pelos programas em cada ano, uma vez que metade dos artigos produzidos na área são divulgados em periódicos de outras áreas da saúde, de áreas biológicas ou de humanidades e ciências sociais aplicadas.

Gráfico 1 – Artigos publicados na base Scopus. Brasil – 2001-2012

Finalmente, a pesquisa avaliativa analisou a importância e as características da cooperação internacional na área de saúde coletiva. A influência dos Estados Unidos e do Reino Unido reflete, por um lado, a importância desses centros no campo da saúde pública e, por outro, a própria história do desenvolvimento da pós-graduação no Brasil – que desde o princípio contou com o apoio financeiro de fundações americanas e britânicas, tais como Rockefeller, Ford, MacArthur, Fogarty e Wellcome Trust (Loyola, Correa & Guimarães, 2010).

O número de bolsas para doutorado sanduíche ou pós-doutorado no exterior foi pequeno no período, e o número de projetos com cooperação – 383 no período 2004-2006 – era tanto maior quanto maior a nota do programa, embora houvesse programas com nota três apresentando até cinco projetos com cooperação internacional (Loyola, Correa & Guimarães, 2010). A ampliação dessa cooperação internacional tornou-se um dos pontos destacados no período seguinte, sob a influência do programa Ciência sem Fronteiras.

Gráfico 2 – Artigos sobre saúde coletiva publicados na base Scopus. Brasil – 2001-2012

O Momento Atual: as duas últimas avaliações trienais (2010 e 2013)

Nesta etapa final da breve história que vimos traçando sobre a pós-graduação em saúde coletiva e sua relação intrínseca com a atuação da Abrasco, a coordenação de área continuou a ser desempenhada pela autora deste capítulo, tendo no segundo mandato como coordenador adjunto o professor Jorge Iriart, do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba, e no último ano, como coordenadora adjunta para o mestrado profissional, a professora Eduarda Cesse, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fiocruz.

A avaliação trienal 2010, relativa ao triênio 2007-2009, foi marcada por certa expectativa acerca do funcionamento do novo Qualis-periódico, da avaliação sistemática dos livros e do impacto que ambos poderiam vir a ter sobre as notas dos programas. Pela primeira vez, também, os programas de mestrado profissional foram avaliados por uma subcomissão dedicada exclusivamente a eles.

Foram avaliados cinquenta programas, dos quais 37 acadêmicos e 13 profissionais. De modo geral, a distribuição das notas se manteve semelhante à observada no triênio anterior. Entretanto, houve importante evolução no número de programas de excelência, que passaram de 10% para 16% do total de programas na área e de 30% para 40% daqueles com doutorado. Seis programas alcançaram a nota seis, dos quais três já haviam obtido seis

na trienal anterior e três eram anteriormente avaliados com a nota cinco. Dois programas obtiveram a nota sete, um deles mantendo a nota anterior.

O crescimento relativo dos programas de excelência refletiu o acentuado crescimento da produção científica de qualidade; o aumento da massa crítica de pesquisadores; a maior disponibilidade de financiamentos para pesquisa; o trabalho constante da Abrasco no sentido de apoiar e fortalecer os programas e atuar ativamente no âmbito da política científica, ampliando os espaços para o campo da saúde coletiva.

A inclusão da avaliação de livros foi importante, ainda que menos de 6% da pontuação na produção da área tenha sido obtida por meio de livros, coletâneas e capítulos. Logo após o término da trienal, o Fórum organizou um grupo de trabalho para estudar uma nova proposta para o Qualis-periódicos da área segundo as normas estabelecidas pelo CTC. O grupo de trabalho coordenado pelo professor Ivan França foi oficializado na Capes como a comissão de revisão do Qualis da área de saúde coletiva.

Após várias simulações e tentativas, a comissão responsável pela revisão propôs como estratégia para corrigir as distorções observadas, sem precisar artificialmente desclassificar periódicos de alto impacto mas de outras áreas do conhecimento, a separação inicial dos periódicos em dois grupos: um grupo de periódicos específicos da área de saúde coletiva e outro com periódicos de todas as demais áreas. Utilizando três medidas de impacto (índice h, fator de impacto ou citações por documento e número médio de citações por artigo) e definindo os percentis de distribuição para o conjunto de periódicos existentes em cada base indexadora nos dois grupos, estabeleceram-se os pontos de corte correspondentes às duas listas e preencheram-se as cotas percentuais com periódicos dos dois grupos. Assim, foi possível tornar o Qualis mais adequado às características do campo sem penalizar a produção da área, publicada em veículos de outras áreas do conhecimento.

Considerando que a ciência atual é um empreendimento cada vez mais interdisciplinar, requerendo equipes com formações distintas, não há sentido em restringir a divulgação dos conhecimentos a periódicos específicos do campo da saúde coletiva. Assim, um periódico da área médica de alto impacto que publique, ainda que esporadicamente, artigos do campo, não tem por que ter sua classificação artificialmente rebaixada apenas por não ser da área. Do mesmo modo, um programa no qual docentes publiquem em periódicos de impacto não tem por que ser mal avaliado se esses periódicos não forem do campo da saúde coletiva.

A criação de novos cursos e programas na área continuou de modo acelerado no período 2010-2013, com destaque para um crescimento expressivo dos mestrados profissionais após a edição da portaria normativa n. 17, de dezembro de 2009, estabelecendo os parâmetros para essa modalidade de modo mais detalhado e completo do que as regulamentações anteriores (Quadro 5).

Quadro 5 – Programas de pós-graduação iniciados entre 2010 e 2013 – Brasil

Instituição de ensino superior	Programa de pós-graduação	Ano início mestrado	Ano início doutorado
Ensp/Fiocruz	Epidemiologia em Saúde Pública (MP)	2010	-
Imip	Avaliação em Saúde (MP)	2010	-
UFG	Saúde Coletiva (MP)	2010	-
UFRJ/Uerj/UFF/Ensp	Bioética e Saúde Coletiva	2010	2010
CRH/SES-SP	Saúde Coletiva (MP)	2011	-
UEFS	Saúde Coletiva (MP)	2011	-
UFMG	Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (MP)	2011	-
UFSC	Saúde Mental e Atenção Psicossocial (MP)	2011	-
Ufscar	Gestão da Clínica (MP)	2011	-
UnB	Saúde Coletiva (MP)	2011	-
UnB	Saúde Coletiva	2011	2012
Renasf/Fiocruz	Saúde da Família (MP)	2012	-
IEP/HSL	Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde (MP)	2012	-
Unicamp	Saúde Coletiva, Políticas e Gestão (MP)	2012	-
UFRGS	Saúde Coletiva	2012	
FCMSCSP	Saúde Coletiva	2012	2012
Furb	Saúde Coletiva (MP)	2013	-
INC	Avaliação de Tecnologias em Saúde (MP)	2013	-
UCPel	Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente (MP)	2013	-
UFMS	Saúde da Família (MP)	2013	-
UFRN	Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (MP)	2013	-
Uniceuma	Gestão de Programas e Serviços de Saúde (MP)	2013	-
USP/RP	Gestão de Organizações de Saúde (MP)	2013	-
UFPA	Saúde, Sociedade, Ambiente na Amazônia	2013	
Furg	Saúde Coletiva	2013	
CPqRR/Fiocruz	Saúde Coletiva	2013	2013
USP (FSP)	Epidemiologia	-	2013

Quadro 5 – Programas de pós-graduação iniciados entre 2010 e 2013 – Brasil (cont.)

Instituição de ensino superior	Programa de pós-graduação	Ano início mestrado	Ano início doutorado
USP (FSP)	Saúde Global e Sustentabilidade	-	2013
FPS	Multiprofissional para Fortalecimento do SUS (MP)	2011	-
UFVJM	Ensino na Saúde (MP)	2011	-

Paulatinamente, as grandes universidades brasileiras, principalmente aquelas do sistema federal, foram abandonando sua posição restritiva à modalidade, ampliando a oferta de programas. Ao lado da mudança de posição entre as instituições públicas de ensino superior, também foi observado o aumento no número de propostas oriundas do setor privado e de outras instituições que não apenas as de ensino superior.

A partir do ano 2000, foi criado em média um programa de mestrado profissional por ano na área de saúde coletiva, até 2009. A partir de 2010 houve um aumento acelerado, tendo sido criados de quatro a cinco programas por ano. O mesmo fenômeno pode ser observado em outras áreas do conhecimento, aliado à expansão dessa modalidade para o conjunto do sistema de pós-graduação. Atualmente, apenas cinco das áreas de avaliação não têm nenhum programa profissional: antropologia e arqueologia, astronomia, filosofia, demografia e serviço social.

Nesses últimos quatro anos do período aqui analisado, houve crescimento de 60% no número de programas na área, sendo 22% para os acadêmicos e 190% para os profissionais. No fim de 2013, estavam credenciados na área 77 programas, dos quais 45 acadêmicos e 32 profissionais. Dos 45 programas acadêmicos, 29 são com mestrado e doutorado, 13 exclusivamente de mestrado e três exclusivamente de doutorado.

Os programas estão presentes em todos os estados da região Sul, nas capitais e em cidades do interior. Todos os estados da região Sudeste têm pelo menos um programa. Eles estão presentes em todas as capitais e em cidades do interior de São Paulo e Minas Gerais. Na região Centro-Oeste também há pelo menos um programa em cada estado e no Distrito Federal. Na região Nordeste, seis estados contam com programas, mas três estados, Piauí, Alagoas e Sergipe, não têm ainda nenhum na área de saúde coletiva. Na região Norte, existem programas apenas no Acre e no Pará, faltando em todos os demais estados.

Um ponto bastante sensível para a avaliação dos programas profissionais é a produção técnica, uma vez que nessa modalidade de formação o foco na produção científica deve ser menor do que para os programas acadêmicos. No entanto, não existem modelos nacionais ou internacionais para avaliar produção técnica adequados à pós-graduação. Na saúde coletiva,

o Fórum de Coordenadores vem trabalhando na elaboração de uma proposta específica para a avaliação da produção técnica, levando em conta as especificidades dos programas acadêmicos e dos programas profissionais.

A avaliação trienal de 2013 mostrou na distribuição das notas o efeito do grande crescimento dos programas, havendo aumento importante daqueles com as notas três e quatro, redução dos que tinham nota cinco, aumento de um programa nota seis e aumento de dois programas nota sete. Em termos proporcionais, os programas de excelência mantiveram posição semelhante ao observado na trienal 2010, com 14% em relação ao número total e 41% com relação aos programas com curso de doutorado.

O crescimento constante das publicações indexadas com circulação internacional foi observado para todas as áreas que compõem a grande área da saúde, levando os coordenadores a considerarem que a ênfase colocada na produção em momentos anteriores já cumpriu o papel indutor pretendido e que, portanto, no momento atual é necessário rever os critérios de avaliação e a ponderação entre os quesitos. Nos últimos anos, vem sendo discutida a necessidade de se contar com melhores informações sobre o desempenho dos alunos como medida da qualidade dos programas.

A pós-graduação em geral passa por uma nova mudança de ênfase, deslocando-se da questão centrada exclusiva ou prioritariamente na produção intelectual para maior peso no desempenho discente e na internacionalização dos programas. O programa Ciência sem Fronteiras, criado em 2011, representou um enorme incentivo à cooperação internacional. Outra tendência que vem se delineando é a necessidade de simplificar os procedimentos da avaliação com a redução do número de indicadores quantitativos utilizados, dando maior destaque à avaliação qualitativa global.

Desafios e Perspectivas para o Desenvolvimento da Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Tendo em vista o estágio de desenvolvimento da área, as necessidades do país e as diretrizes do Plano Nacional de Pós-Graduação 2011-2020, os desafios que se apresentam para a área e para a Abrasco como a associação científica desse campo, dizem respeito a uma série de aspectos, dos quais destacaremos alguns.

É preciso expandir a pós-graduação em saúde coletiva para aquelas unidades da federação nas quais ainda não existem programas, garantindo a possibilidade desse tipo de formação em todos os estados brasileiros. A necessidade de profissionais qualificados para a formulação, a implementação e a avaliação das políticas de saúde é inegável. Entretanto, muitas das instituições de ensino e institutos de pesquisa da região Norte e de alguns estados do Nordeste não têm um número mínimo de docentes com formação em saúde coletiva, tornando muito difícil a instalação de programas. Duas estratégias poderiam ser

implementadas visando a criar as condições apropriadas nesses estados: a utilização dos programas especiais como Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores (Prodoc), Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (Procad), Mestrado Interinstitucional (Minter) e Doutorado Interinstitucional (Dinter), pelos quais os programas de excelência da área poderiam auxiliar o desenvolvimento da capacidade local; e maior envolvimento da Abrasco, por meio do Fórum de Coordenadores, no processo de elaboração de novas propostas. No início de cada ano, a associação poderia promover um seminário para as instituições interessadas em oferecer novos cursos, de modo a auxiliá-las na preparação de propostas com possibilidade de aprovação.

Outro desafio importante está no aumento do número de doutores titulados pelos programas de saúde coletiva. O número de doutores é ainda relativamente pequeno para as necessidades do país, e os programas de excelência deveriam dedicar-se prioritariamente à sua formação, fazendo do mestrado acadêmico apenas uma etapa inicial e preparatória para o doutorado. O período do mestrado poderia ser dedicado à elaboração do projeto a ser desenvolvido no doutorado.

A nítida separação entre formação profissional, para a atuação no sistema de saúde, e a formação acadêmica, para a atuação na docência e na pesquisa, poderá favorecer a reconfiguração da pós-graduação no campo, de modo que o mestrado e o doutorado profissionais sejam reservados para a formação profissional qualificada. O doutorado acadêmico, com o mestrado apenas como uma etapa inicial dele, poderia estar totalmente dedicado à formação de pesquisadores.

Num primeiro momento, seria importante redefinir a vocação dos programas ora existentes, eliminando os chamados mestrados acadêmicos isolados e transformando-os em mestrados profissionais. A área poderia ter como diretriz, no caso dos programas acadêmicos, aprovar somente aqueles com mestrado e doutorado ou aqueles exclusivamente de doutorado, eliminando os programas isolados de mestrado acadêmico.

Uma perspectiva que já vem se delineando nos últimos anos é a maior especialização ou particularização do escopo de abrangência dos programas. Com a criação dos cursos de graduação em saúde coletiva, os programas de pós-graduação acadêmicos deveriam buscar melhor especificação dos seus objetos de estudo, em razão das linhas de atuação de seu corpo docente, abandonando as propostas amplas e generalizantes. No âmbito dos programas profissionais, poderiam conviver programas amplos para qualificação de sanitaristas e programas especializados em determinadas funções da saúde coletiva, tendo em vista a amplitude do campo e a necessidade de se desenvolver a formação em um tempo relativamente curto.

Os programas deveriam priorizar as atividades formativas nos grupos de pesquisa, reduzindo a carga horária em disciplinas oferecidas em formato mais tradicional, e abandonar definitivamente os recortes disciplinares, substituindo-os por problemas e temáticas que requerem a abordagem inter ou transdisciplinar. Embora existam diferentes tradições

de pesquisa no campo, cada vez mais os praticantes realizam trânsitos interdisciplinares de forma coerente com a complexidade dos problemas a serem estudados.

Outra tarefa pendente é o desenvolvimento de veículos e formatos adequados para o registro e a divulgação da produção técnica, de modo a que os produtos dos programas profissionais possam ser efetivamente incorporados pelo SUS na solução de problemas concretos. Há hoje, na política nacional de ciência e tecnologia, maior preocupação com a inovação e o desenvolvimento tecnológico. No entanto, a cultura científica brasileira ainda é marcadamente acadêmica, como demonstram a própria dificuldade do mestrado profissional em se firmar como uma modalidade respeitada e a participação ainda incipiente de setores não acadêmicos na oferta dos programas.

A articulação da pós-graduação brasileira com as iniciativas de qualificação dos professores da educação fundamental e do ensino médio oferece uma oportunidade à Abrasco de trabalhar a produção de materiais instrucionais e atividades de formação que possam levar para as escolas elementos importantes na formação de cidadania, com destaque especial para a reafirmação do direito à saúde e defesa do SUS, bem como de conteúdos específicos de promoção da saúde. O trabalho sobre novas gerações de brasileiros poderia vir a fortalecer temas que têm sido caros à associação desde a sua constituição.

Finalmente há necessidade de se repensar o modelo de avaliação e oferecer alternativas que permitam aprimorar o modelo atual, ajustando-o à realidade do número crescente de programas e às peculiaridades da área de saúde coletiva. A Abrasco foi pioneira na realização de avaliações independentes de seus programas, e seus associados sempre deram importantes contribuições para a elaboração de instrumentos e indicadores. Este é o momento de mais uma vez contribuir com essa expertise para se repensar o sistema de avaliação da pós-graduação brasileira.

Referências

BARATA, R. B. Tendências do ensino da epidemiologia no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, 2(5): 334-341, 1997.

BARATA, R. B. & SANTOS, R. V. Ensino de pós-graduação em saúde coletiva: situação atual e desafios para o futuro. Revista Brasileira de Pós-Graduação, 10(19): 159-183, 2013.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). 60 Anos – Revista Comemorativa, 2011.

CAPONI, S. & REBELO, F. Sobre juízes e profissões: a avaliação de um campo disciplinar complexo. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 15(1): 59-82, 2005.

FERREIRA, M. M. & MOREIRA, R. L. Capes: 50 anos – depoimentos ao CPDOC/FGV. Brasília: Capes, FGV, 2002.

GOLDBAUM, M. & BARATA, R. B. O feito por fazer. In: LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.). Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LOYOLA, M. A.; CORREA, M. C. D. V. & GUIMARÃES, E. R. D. B. Cooperação internacional na área da saúde coletiva: propostas para um debate. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): 2.007-2.020, 2010.

MacMAHON, B & PUGH, T. F. Epidemiology, Principles and Methods. Boston: Little Brown and Co., 1970.

MINAYO, M. C. S. Pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção. Ciência & Saúde Coletiva, 2(1/2): 53-71, 1997.

MINAYO, M. C. S. Atuação da Abrasco em relação ao ensino de pós-graduação na área de saúde coletiva. In: LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.). Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. Pós-graduação em saúde coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): 1.897-1.907, 2010.

NUNES, E. D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: NUNES, E. D. (Org.). As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Brasília: Opas, 1985.

NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 15(1): 13-38, 2005.

NUNES, E. D.; FERRETO, L. F. & BARROS, N. F. A pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: trajetória. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): 1.923-1.934, 2010.

SUSSER, M. Causal Thinking in Health Sciences. New York: Oxford University Press, 1973.

VIACAVA, F. Produção científica dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva no período 1998-2006. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): 1.977-1.988, 2010.

A Abrasco e a Experiência dos Mestrados Profissionais

9

Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Maria Amélia de Sousa Mascena Veras

A produção de conhecimentos sobre a educação dos profissionais na área da saúde vem sendo desenvolvida há mais de um século, tendo no Relatório Flexner, de 1910, um marco importante. Este desencadeou muitas mudanças e, em que pesem as críticas e limitações, é considerado o grande responsável pelas importantes reformas nas escolas médicas nos Estados Unidos da América, com profundas implicações para a formação de profissionais e para a prática da medicina no mundo (Pagliosa & Da Ros, 2008).

A educação profissional não acompanhou, no mesmo ritmo, os novos desafios apresentados para o setor Saúde, e na primeira década do século XXI ainda persistem inadequações na formação dos profissionais. A fragmentação do currículo, a dificuldade em atualizar conteúdos e a oferta não articulada com as novas necessidades de saúde podem, em parte, explicar a falta de uma resposta adequada a essa lacuna (Frenk et al., 2014).

Tal cenário contribui para manutenção de problemas sistêmicos no setor, muito difíceis de superar de forma equitativa, tais como a incompatibilidade das competências adquiridas ante as necessidades da população; pouco trabalho em equipe; ênfase no componente técnico; encontros episódicos, em vez de cuidados continuados; orientação hospitalar predominante em detrimento da atenção primária; desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional; e fraca liderança para melhorar o desempenho do sistema de saúde (Frenk et al., 2014).

Diante de antigas necessidades e novos desafios, os sistemas de saúde em todo o mundo estão se tornando mais complexos e caros, demandando maior número de profissionais qualificados. Em se tratando de gestores dos serviços de saúde, tal insuficiência torna-se ainda

mais evidente, na medida em que a cada dia é necessário incorporar novas ferramentas para o aperfeiçoamento dos serviços ofertados à população.

Atualmente, no Brasil, o processo de formação de recursos humanos de alta qualificação na área da saúde compreende diversos níveis de formação, ofertados por instituições nas diferentes regiões. São cursos de especialização lato sensu nos diferentes campos disciplinares, e mestrados, profissionais ou acadêmicos, e doutorados vêm consolidando o sistema brasileiro de pós-graduação stricto sensu (Goldbaum, 2006). No entanto, a complexidade sanitária e a consolidação de um sistema com as características do Sistema Único de Saúde (SUS) requerem a urgência na formação de profissionais com perfis de especialização distintos dos tradicionais e com características diferentes das disponíveis no sistema de pós-graduação do país (Hartz & Nunes, 2006). Tais diferenças devem ser expressas na orientação dos currículos, na composição dos corpos docente e discente, bem como nas formas de financiamento e novos arranjos institucionais (Mestrado no Brasil, 1995).

Nessa perspectiva, o mestrado profissional (MP) emerge na década de 1990 como uma opção de formação pós-graduada no país que se destina à capacitação operacional e ao desenvolvimento e inovação aplicáveis, de modo direto e efetivo, ao campo de atuação do profissional em formação (Quelhas, Faria Filho & França, 2005). Vale salientar que a emergência dos MPs no Brasil corrobora a larga história de educação profissional que é hoje reconhecida e tratada como uma política de Estado, tendo em vista todo o processo de desenvolvimento que no país vem ocorrendo, acompanhando a tendência mundial (Ribeiro, 2006).

A Abrasco e o Surgimento dos Mestrados Profissionais no Brasil: resistências e necessidades de adequação à saúde

Até a década de 1970, a formação em saúde pública no Brasil se dava por meio dos cursos de especialização. As características dos cursos de mestrado e doutorado só foram definidas e fixadas pelo parecer n. 977/65 (Brasil, 1965), do Conselho Federal de Educação, conhecido como Parecer Sucupira, e basearam-se no modelo norte-americano de formação pós-graduada.

Além de responder à necessidade de implantar e desenvolver cursos de pós-graduação, esse parecer traz a distinção entre a pós-graduação stricto sensu e lato sensu. Nesta, os cursos de especialização e aperfeiçoamento têm objetivo técnico profissional específico, sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade. São destinados ao treinamento nos conteúdos específicos que compõem um ramo profissional ou científico. Já a pós-graduação stricto sensu confere grau acadêmico, que deverá ser atestado por meio de uma alta competência científica em determinada área do conhecimento.

Vale salientar que a pós-graduação brasileira foi formulada nesse parecer como um sistema com dois eixos de formação, o acadêmico e o profissional, porém apenas o eixo

acadêmico foi implementado integralmente. Só mais recentemente a oferta de MPs vem colocando em prática o eixo profissional, embora tenha sofrido grande rejeição de algumas áreas. Como fatores desafiadores, observam-se imprecisões acerca dos conceitos de cursos acadêmicos e profissionais, dilemas em torno dos componentes estruturais e das diferenças entre as duas modalidades de formação pós-graduada (Fischer, 2010).

No contexto da definição e fixação das características da pós-graduação stricto sensu no país, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) é criada no final da década de 1970. A entidade hoje é intitulada Associação Brasileira de Saúde Coletiva, incluindo a recém-criada graduação em saúde coletiva no país. A Abrasco não só foi estratégica para o processo de redemocratização, a Reforma Sanitária brasileira e a formulação do SUS, como também vem desempenhando um papel importante na formação de recursos humanos (Fonseca, 2006). Notadamente, a criação da graduação em saúde coletiva colocou em debate um conjunto de questões envolvendo a constituição e os desdobramentos da profissão de sanitarista (Paim & Pinto, 2013), aumentando a responsabilidade da associação nesse novo cenário de formação profissional.

Nota-se que a capacidade de atuação acadêmica da Abrasco em fortalecer os vínculos entre esse campo de formação profissional e as mudanças políticas e institucionais em curso na área da saúde pública pressupunha a articulação entre as diferentes categorias profissionais. Além disso, vislumbrava-se a construção de competências específicas nas diferentes carreiras da saúde, como também o conhecimento do modelo gerencial proposto e aprovado para o sistema de saúde que, naquele momento, se formatava. Destacava-se a necessidade de conciliar as exigências do mundo acadêmico e da excessiva especialização com as demandas identificadas nos serviços públicos de saúde (Fonseca, 2006).

No momento de criação da Abrasco, a pesquisa científica no campo também era pouco expressiva e subfinanciada. O desenvolvimento da pós-graduação no país ainda era relativamente incipiente, com cursos de mestrado e doutorado concentrados em apenas três estados: São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. A formação profissional era dada por meio de cursos de especialização em saúde pública oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). As residências médicas em medicina preventiva e medicina social eram oferecidas por alguns departamentos de escolas médicas, também geograficamente concentrados na região Sudeste (Goldbaum & Barata, 2006; Fonseca, 2006).

Vale destacar que o processo de avaliação implantado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) no final da década de 1970 não tinha definição clara de indicadores. Consequentemente a avaliação era muito subjetiva, embora, na atualidade, o debate recaia sobre o caráter excessivamente quantitativo dos critérios utilizados por esse órgão.

Em 1994, a Abrasco criou o Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Goldbaum & Barata, 2006), que, desde então, vem-se constituindo em um espaço estratégico para aprofundar as questões relacionadas à pós-graduação. Tem entre seus objetivos buscar maior homogeneidade entre os programas e, fundamentalmente, contribuir para fortalecer o seu desenvolvimento, articulando o trabalho da associação ao da representação de área na Capes, estabelecendo assim um canal permanente de comunicação entre eles. Além do Fórum da Abrasco, no âmbito dos MPs, destaca-se o papel de espaços como o Fórum Nacional de Mestrados Profissionais (Foprof), que permitem uma discussão ampla envolvendo as características dos MPs oferecidos em diferentes áreas de conhecimento, enriquecendo o debate e a busca de resoluções em torno de questões comuns nessa modalidade de formação.

Portanto, a Abrasco vem mantendo o desafio de, no âmbito da formação profissional, contribuir para a discussão da contínua preparação de recursos humanos com capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde; organizar saberes e instrumentos em modelos tecnológicos de trabalho que garantam a efetividade das intervenções; e avaliar os impactos das intervenções adotadas. Além da capacidade técnica, os profissionais da saúde coletiva necessitam ser capazes de: realizar a negociação política interna e externa ao setor; fazer a intermediação entre o conhecimento acadêmico e as práticas nos serviços de saúde; e organizar as evidências científicas para embasar as funções regulatórias do Estado (Fonseca, 2006).

Tendo em vista a sua missão de promover o pensamento e a prática de saúde pública, a Abrasco, no final da década de 1990, promoveu um processo de investigação com o objetivo de abranger questões que a avaliação da Capes, por ter objetivos diferentes, não conseguia aprofundar. Dessa forma, foi possível identificar a falta de clareza e de adequação dos cursos ao perfil da demanda, principalmente nos cursos de mestrado acadêmico, cuja clientela era, na maioria, formada por profissionais inseridos nos serviços do SUS ou seus gestores (Minayo, 2006). Essa observação desencadeou um importante debate sobre o MP como uma possibilidade de formação de profissionais mais interessados em adquirir instrumentos conceituais e técnicos voltados para a prática do que em seguir carreira de pesquisadores (Minayo, 2006).

Assim, o debate em torno dessa modalidade de formação estava aberto, mas a regulamentação dos MPs no Brasil só tem início com a portaria n. 47, de outubro de 1995 (Capes, 2005b), no mesmo momento em que a Capes lança o documento "Programa de Flexibilização do Modelo de Pós-graduação Senso Estrito em Nível de Mestrado" (Capes, 2005c). Em 1998, a portaria n. 80 (Capes, 1998), que dispõe sobre os MPs, apresenta como um de seus principais objetivos "promover o conhecimento científico por meio da prática no meio profissional", e em 2009 a portaria normativa n. 17 (Capes, 2009) define essa modalidade como formação de pós-graduação stricto sensu. Esta confere título com validade nacional,

com idênticos grau e prerrogativas, inclusive para o exercício da docência, do título de mestre concedido pelos demais programas de pós-graduação stricto sensu. Desde então, os MPs vêm ganhando destaque no âmbito da formação de recursos humanos qualificados para enfrentar os novos desafios apresentados pelos processos de trabalho na sociedade em desenvolvimento. O reconhecimento da propriedade do MP como indicador de inserção social e incremento da demanda, tanto no setor privado quanto no setor público, que buscam qualificar seus quadros, bem como a indução do Ministério da Educação, explicam o crescimento da oferta dessa modalidade de ensino em tão curto espaço de tempo.

Entre 1995, quando a portaria n. 47 foi publicada, e os dias atuais, o debate tem avançado, e em algumas áreas já se vislumbra uma substituição gradativa dos mestrados acadêmicos pela modalidade profissional. Apesar de esse movimento não ser consensual, não restam dúvidas sobre a importância de se aumentar a oferta de MPs em todas as áreas. No campo da saúde coletiva, tais cursos vêm garantindo o seu espaço acompanhando a necessidade de fortalecimento dos quadros para o SUS.

No contexto apresentado, o MP surge para responder à carência de profissionais pós-graduados aptos a elaborarem novas técnicas e processos de trabalho, mais focados em respostas às questões e aos problemas apresentados pelo trabalho. A formação profissional difere da formação acadêmica, que visa, preferencialmente, a aprofundar conhecimentos ou técnicas no campo da produção de conhecimento.

Essa modalidade de formação pós-graduada não poderia encontrar campo mais adequado para ser absorvida do que a saúde coletiva do Brasil, no século XX. Diante do desafio de avançarmos da concepção para a implementação de um sistema de saúde com as características e dimensões do SUS, são necessários profissionais qualificados para responder adequadamente, de forma criativa e cientificamente alicerçada, aos desafios apresentados.

A despeito do fato de a área da saúde coletiva constituir um campo de produção de saberes e práticas, eminentemente aplicados à solução de problemas, nem sempre a ideia do MP foi vista como atraente pelos cursos e programas acadêmicos. No final da década de 1990, havia ainda muita resistência por parte dos coordenadores de programas e das autoridades acadêmicas nas universidades públicas em adotar essa modalidade de formação. Poucas foram as unidades acadêmicas da área da saúde coletiva que apoiaram a proposta em seu início. A primeira proposta na área foi aprovada pela Capes em 2000. Naquele momento, já havia 27 programas em funcionamento em outras áreas do conhecimento, dos quais cinco em odontologia, pioneira na oferta de MP na grande área da saúde.

As primeiras instituições que decidiram oferecer MPs já tinham programas de pós-graduação consolidados e de ótima qualidade: o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2000), o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2001) e a Ensp/Fiocruz (2002). Assim, os primeiros MPs na área nasceram sob a influência de programas acadêmicos muito bons, o que lhes conferiu qualidade e solidez.

Na atualidade, os MPs têm o reconhecimento da comunidade científica. O Conselho Técnico Científico da Educação Superior (CTC-ES), em sua 148ª reunião, realizada em agosto de 2013, criou o cargo de coordenador adjunto de área para MP, além de uma agenda para o desenvolvimento de programas profissionais em todas as áreas de conhecimento.

O maior número de MPs é nas áreas interdisciplinar, ensino, administração e saúde coletiva. Em termos proporcionais, a área da saúde coletiva é a segunda em MPs, sendo 41,6% dos seus programas oferecidos nessa modalidade, ficando atrás apenas da área de ensino, na qual 57,3% dos programas são mestrados profissionais (Capes, 2014a, 2014b). Apesar de seu reconhecimento e consolidação na saúde coletiva, percebem-se inconsistências em algumas propostas e falta de definições claras acerca de características que fazem esses cursos realmente voltados para uma formação profissional sólida e para o enfrentamento dos desafios apresentados ao setor Saúde.

Por meio da análise das fichas de avaliação dos MPs em funcionamento na última avaliação trienal da Capes realizada em 2013, foi possível verificar que persistem alguns problemas estruturais a serem enfrentados pelo órgão avaliador da pós-graduação e pelas instituições que ofertam os cursos profissionais, que são as instituições de ensino superior (IES), os centros de pesquisas públicos e privados.

Foi possível identificar que os objetivos não estão claramente especificados e voltados para o campo profissional em todos esses mestrados. Também se verificou que nem sempre os objetivos são coerentes com a estrutura do curso, suas áreas de concentração, linhas de pesquisa e organização disciplinar.

No entanto, o momento de afirmação e consolidação dos MPs requer a identificação de elementos claros das competências de formação profissional como forma de melhor caracterizar a identidade dessa modalidade de formação, diferenciando-a da formação acadêmica já consolidada. Essa necessidade é ainda mais urgente no momento em que a Capes anuncia que fará ajustes no sistema de avaliação, já iniciados com o lançamento da Plataforma Sucupira, bem como realizará adequações em alguns mestrados hoje acadêmicos que passarão a ser profissionais e vice-versa, além de criar o doutorado profissional, previsto no Plano Nacional de Pós-Graduação, mas ainda sem regulamentação estabelecida.

Houve mudanças importantes no que se refere ao financiamento, que na área da saúde coletiva era considerado um item importante para a sua aprovação. Ao longo do tempo, o financiamento de um órgão demandante do MP (secretarias municipais, estaduais de Saúde etc.) paulatinamente deixou de ser requisito para a abertura de MPs – o que pode ser evidenciado na análise das fichas de avalição dos cursos atualmente ofertados. Foi possível observar que nem sempre estavam presentes na proposta do MP os mecanismos de articulação com secretarias estaduais e municipais de Saúde e com o Ministério da Saúde – embora seja imprescindível a articulação entre as IES e os centros de pesquisas e os serviços de saúde (municipais, estaduais e Ministério da Saúde), como forma de dar sustentabilidade

ao curso. Demandantes e ofertantes deverão construir as propostas em conjunto como forma de alcançar o objetivo de preparar profissionais para o enfrentamento dos desafios do sistema de saúde.

No Quadro 1, sintetizam-se os principais problemas que têm dificultado o bom andamento dos MPs e identificam-se suas consequências.

Quadro 1 – Problemas e consequências identificadas nos atuais mestrados profissionais na área da saúde coletiva

Problemas	Consequências
1. Proposta do programa	
Distribuição desigual ou sobreposição das linhas de pesquisa entre as áreas de concentração.	Proposta de programa inconsistente e instável; incoerência entre a finalidade da oferta, os objetivos e o perfil do egresso; problemas com a sustentabilidade financeira do programa e com o desenvolvimento de pesquisa aplicada aos serviços; dificuldade em atender a demandas sociais e profissionais da região.
Projetos desarticulados das linhas de pesquisa.	
Mudanças na estruturação das áreas de concentração e das linhas de pesquisa entre etapas avaliativas do programa.	
Ausência de mecanismos de articulação com secretarias estaduais e municipais de Saúde e com o Ministério da Saúde.	
2. Estrutura curricular	
Desequilíbrio entre disciplinas teóricas, metodológicas e instrumentais.	Pouca diferenciação entre oferta de um curso *lato sensu* e *stricto sensu*; não apropriação pelos alunos de conteúdos de metodologia científica indispensável para a incorporação da ciência na prática profissional; matriz curricular não ajustada aos objetivos, áreas de concentração e linhas de pesquisa do curso.
Matriz curricular não ajustada aos objetivos, às áreas de concentração e às linhas de pesquisa.	
3. Corpo discente	
Aluno não inserido nos serviços de saúde.	Ausência de diálogo com o SUS e, consequentemente, qualificação inadequada e insuficiente de profissionais para instituições públicas da área da saúde.
4. Corpo docente	
Participação em quatro ou mais programas.	Corpo docente em situação irregular de acordo com o estabelecido na portaria n. 1/2012 (Capes, 2012); corpo docente instável e frágil para dar suporte aos objetivos do curso, comprometendo a formação de profissionais na área; corpo docente permanente responsável por pequena proporção de atividades nucleares do curso, sugerindo dependência dos docentes colaboradores.
Desequilíbrio na participação em atividades nucleares do programa (docência, pesquisa e orientação).	
Falta de qualificação no campo da saúde coletiva.	
Desequilíbrio entre excelência acadêmica e experiência profissional.	
Corpo docente instável.	
5. Produção bibliográfica e técnica	
Produção bibliográfica e técnica desarticulada e incoerente com os objetivos e linhas de atuação do programa.	Impacto social, tecnológico e sanitário negativo na formação de profissionais pouco integrados ao SUS.

Quadro 1 – Problemas e consequências identificadas nos atuais mestrados profissionais na área da saúde coletiva (cont.)

Problemas	Consequências
6. Trabalhos de conclusão (avaliados pelos resumos)	
Trabalhos de conclusão com características acadêmicas.	Trabalhos de conclusão sem potencial de aplicação no sistema de saúde e incoerentes em relação aos objetivos do programa.
Temáticas dos trabalhos de conclusão do curso sem vínculo com as linhas de pesquisa do programa.	

Fonte: Elaboração própria com base nas fichas de avaliação trienal 2013, Capes. Disponíveis em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/CadernoAvaliacaoServlet?acao=filtraArquivo&ano=2012&codigo_ies=&area=22>. Acesso em: set. 2014.

Desafios para a Consolidação do Mestrado Profissional na Saúde Coletiva

O MP, tal como organizado na atualidade, e diante do crescimento em todas as áreas de conhecimento, embora ainda guarde resistência em algumas, no campo da saúde coletiva é responsável pela constituição de uma inteligência técnica e política para atuação no SUS.

A formatação e a implantação dos cursos de MP na área da saúde coletiva têm suscitado um incessante debate, que não representou qualquer obstáculo à sua franca expansão; ao contrário, vem servindo para aperfeiçoar de modo contínuo essa modalidade de formação. A Abrasco desempenha papel relevante, ao assegurar espaço nos seus principais eventos para que o debate sobre o MP continue fundamentalmente no âmbito do Fórum de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – que em reuniões plenárias com o conjunto de coordenadores de programas de pós-graduação da área tem contribuído para refinar os instrumentos de avaliação, de tal forma que as especificidades da área estejam contempladas.

Apesar dos avanços alcançados por meio da regulamentação, é necessário consolidar os cursos de MP para que se tornem a opção de formação para profissionais aptos a enfrentarem estrategicamente os desafios do campo da saúde coletiva. Algumas características são desafiadoras do ponto de vista operacional, bem como em razão de práticas já estabelecidas que requerem mudança na forma de execução dos programas existentes e daqueles a serem propostos.

Um dos objetivos dessa modalidade de formação pós-graduada é, além dos já mencionados no capítulo, expandir a pós-graduação para ambientes não acadêmicos. Este objetivo tem sido mais difícil de atingir, não apenas na área da saúde coletiva. Até o início de 2015, apenas três cursos eram oferecidos por serviços de saúde ou instituições diretamente ligadas aos gestores do SUS municipal, estadual ou federal. Todos os demais eram oferecidos por IES ou institutos de pesquisa.

Chama a atenção o fato de essa modalidade, apesar de duas décadas de estabelecimento, ainda não ter alcançado um consenso quanto à sua natureza, seus produtos e seu impacto na sociedade brasileira (Hortale, 2006; Santos, Hortale & Arouca, 2012). É o contrário do que ocorre, por exemplo, em algumas das principais universidades norte-americanas, nas quais o mestrado profissional, chamado mestrado em saúde pública (master in public health – MPH), encontra-se bem consolidado – definido de maneira geral como um grau profissional baseado na prática, que prepara os alunos para serem líderes em um ambiente de saúde pública, qualificados para as posições nos departamentos de saúde nos níveis federal, estadual e locais; nas organizações de base comunitária; em organizações de cuidados de saúde; e em institutos de pesquisa, entre outras instituições. Os cursos de MPH têm em geral duração de dois anos, mas parte dessas universidades oferece um programa em um ano para algumas áreas de estudo, destinado a estudantes que já apresentam grau equivalente ao doutoramento, como os médicos, ou que estejam matriculados simultaneamente em um programa de doutorado.

Os desafios atuais para avançar na consolidação da formação profissional sob forma de MP incluem a identificação de suas características pedagógicas; o aperfeiçoamento dos mecanismos de avaliação e das fontes de financiamento; a superação de assimetrias regionais; e a oferta de MPs em rede.

Do ponto de vista pedagógico e em consonância com os seus objetivos, a proposta do MP deve se diferenciar do mestrado acadêmico, em que tem prevalecido a estrutura disciplinar, privilegiando a constituição de áreas temáticas, com especificação mais clara dos problemas e práticas envolvidos em recortes específicos – como é o caso da gestão de sistemas de saúde, epidemiologia em serviços de saúde e vigilância sanitária, por exemplo (Teixeira, 2006). As características do seu corpo discente, formado por profissionais que estejam inseridos em atividades dos serviços, exigem flexibilidade na constituição das suas atividades acadêmicas, sendo recomendável pensar em atividades de ensino a distância, em combinação com as presenciais.

Os trabalhos de conclusão dos MPs devem ser distintos dos tradicionais, para que haja coerência com a sua proposta e as abordagens pedagógicas. Dessa forma, os produtos finais podem ser: estudos de sínteses que subsidiem a formulação de políticas e projetos; textos que contenham os resultados da elaboração e experimentação de instrumentos de trabalho e de tecnologias leves, a serem incorporados à gestão, promoção ou prevenção de riscos e agravos; ou estudos de caso no âmbito das organizações de saúde, cujos resultados contribuam para a introdução de inovações gerenciais, organizativas e operacionais no processo de produção de ações e serviços.

Nesse sentido, apesar de a portaria n. 17, de 28 de dezembro de 2009 (Capes, 2009), normatizar diversas possibilidades de produto final para o MP, ainda é um desafio para os programas e alunos desenvolverem seus trabalhos de forma diferente da tradicional.

Mecanismos mais efetivos de indução, bem como espaços de divulgação que privilegiem formatos diversificados, também precisam ser incentivados. Quanto ao corpo docente, a formação na modalidade profissional exige que ele seja altamente qualificado, o que pode ser demonstrado pela produção intelectual constituída por publicações específicas, produção artística ou produção técnico-científica, ou ainda por reconhecida experiência profissional, mesmo na ausência de titulação acadêmica, quando for o caso.

Hartz e Nunes (2006) destacam que, por se tratar de um mestrado com perspectiva multidisciplinar, consubstanciada na articulação de diferentes campos de conhecimento, deve-se contar com a participação de professores com formação e experiência de trabalho nos respectivos campos relacionados. O desafio diante dessa questão está na excessiva valorização da produção científica tradicional. Nesse contexto, há a necessidade de se aprofundarem normas específicas e critérios adequados de avaliação. Para programas cuja vocação é uma produção de conhecimento de natureza aplicada, é vital a formação de parcerias com o setor extra-acadêmico, de modo a se assegurar não só a criação de novas tecnologias, mas também a sua aplicação.

Com base nas avaliações anteriores, o Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva propôs agrupar a produção técnica oriunda dos programas de pós-graduação em quatro eixos: produção de material bibliográfico com foco técnico-instrucional; produtos técnicos de natureza instrumental; disseminação do conhecimento; e serviços técnicos especializados. A definição desses eixos levou em consideração critérios como abrangência, complexidade (esforço intelectual), aplicabilidade social e econômica e impacto. Esta é uma contribuição que visa a aperfeiçoar o processo de avaliação e que se encontra em debate no momento.

Diante do crescimento da oferta de programas profissionais, observa-se a necessidade de aperfeiçoar o processo de avaliação para que continue servindo de instrumento de busca e manutenção de um padrão de excelência da pós-graduação no país. Em 2014, a Plataforma Sucupira entrou em funcionamento e promete maior agilidade no processo avaliativo, com a alimentação dos dados pelos programas de forma contínua. Torna-se oportuno que essa plataforma permita a geração de relatórios e bancos de dados que possibilitem aos programas realizarem análises autoavaliativas, extremamente úteis, principalmente para os programas menos consolidados.

Conforme recomenda o Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2011-2020 (Capes, 2010), os princípios que nortearão o sistema de avaliação da próxima década são a diversidade e a busca pelo contínuo aperfeiçoamento, que deverão ser observados pelos comitês e pelas instâncias superiores.

O crescimento da área entre 1970 e 2012 é indiscutível. Se esse crescimento for mantido, serão necessários processos avaliativos que valorizem aspectos qualitativos, embora a utilização de indicadores quantitativos deva permancer. Projeta-se para 2020 a existência

de 142 cursos na área. Assim, a avaliação precisará estar baseada na qualidade e excelência dos resultados, na especificidade das áreas de conhecimento e no impacto dos resultados nas comunidades acadêmica e empresarial e na sociedade.

O PNPG 2011-2020 ressalta que um dos principais desafios está na periodicidade das avaliações (Capes, 2010). A ampliação do tempo de avaliação para os programas mais consolidados e a redução do tempo para aqueles mais incipientes e com maiores dificuldades estão entre as metas a serem perseguidas. Assim, as recomendações do PNPG atuam em duas frentes: aumentar a eficiência dos processos e induzir ações específicas para melhorar outras áreas. Como exemplos das melhorias que podem ser estimuladas, o PNPG identifica oportunidades nas dimensões da educação básica, da formação de recursos humanos para setores governamentais (particularmente importante na área da saúde coletiva no que se refere aos MPs) e não governamentais, bem como na indução de áreas de conhecimento específicas.

Quanto aos mecanismos de financiamento, os primeiros cursos de MP foram propostos e avaliados considerando-se a existência de um demandante, instituição/organização responsável por financiar as atividades. Embora tal característica não seja na atualidade uma exigência, torna-se oportuna uma estreita articulação entre o ofertante e o demandante como forma de se atingir uma formação profissional de qualidade. Excetuam-se os MPs em rede, que, por se tratarem de programas para atender a áreas consideradas estratégicas para o país, têm sido induzidos pela Capes, a exemplo do Profmat (matemática), do Profletras (letras), do Profis (física), do Profhist (história), do Profartes (artes) e do Profiap (administração pública), para os quais a entidade prevê formas de participação financeira. Os demais não recebem bolsas ou incentivos do órgão federal.

O crescimento da oferta de MP é expressivo. No entanto, o grande desafio é a manutenção da qualidade na oferta e a expansão do MP para regiões do país nas quais ainda existe um número de programas profissionais muito reduzido, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

As assimetrias no sistema de pós-graduação brasileiro não são exclusividade do MP e têm sido apontadas desde o PNPG 2005-2010 (Capes, 2005a). Persistem e são reforçadas no programa para a década seguinte (Capes, 2010). Notadamente, as mesorregiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro apresentam indicadores destacados das demais e têm alta oferta de programas de pós-graduação. Para mudar esse quadro, torna-se oportuno levar em consideração o estabelecimento de relações com parceiros para a definição de projetos sustentáveis, cuja complexidade irá exigir a ação sinérgica de vários órgãos.

No que se refere à oferta de MP em rede, o campo da saúde coletiva vem acumulando importante experiência por meio da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renasf), que emerge em 2009, constituída por 23 instituições de educação média e superior, instituições de pesquisa e serviços de saúde da região Nordeste. No âmbito dessa rede, nasceu

a proposta de um curso stricto sensu para profissionais da Estratégia Saúde da Família da região – que culminou em 2010 com o credenciamento do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Capes. A primeira turma iniciou suas atividades em 2012 (Hortale et al., no prelo).

A estrutura organizacional desse MP desenvolveu-se por meio de uma ampla associação entre as universidades Federal do Rio Grande do Norte, Estadual do Vale do Acaraú, Estadual do Ceará, Federal do Ceará, Federal do Maranhão e a Fundação Oswaldo Cruz, incorporando ainda docentes e infraestrutura de ensino e pesquisa de outras instituições associadas à Renasf. As instituições envolvidas foram convidadas a participar dos diversos encontros com o objetivo de definir as bases teórico-práticas de ensino-aprendizagem que auxiliaram na construção do curso, de modo a contribuir para o fortalecimento da produção do conhecimento das instituições associadas à rede (Hortale et al., no prelo).

Como consequência de todo esse movimento, o MP em saúde da família se concretizou atendendo às políticas de educação permanente e de formação de profissionais dos serviços, tendo como prioridade fortalecer a formação técnico-científica do profissional da saúde inserido na atenção primária – incentivando-o ao uso do método e de evidências científicas para a tomada de decisões na gestão do cuidado e do processo de trabalho (Machado et al., no prelo).

Considerações Finais

Se a formação profissional stricto sensu demorou a ser instituída no país, a sua experiência, embora recente em termos históricos, pode ser considerada exitosa. De tal forma que se discute atualmente, no âmbito da Capes, a recomendação de mestrados acadêmicos apenas como etapa para o doutorado, tornando todos os demais mestrados profissionais. Também em debate encontra-se a criação de doutorados profissionais.

O MP caracteriza-se como a modalidade de excelência para formar profissionais que respondam a questões estratégicas para a saúde coletiva tais como: avaliação de tecnologias em saúde, economia da saúde, comunicação social e saúde, direito sanitário, epidemiologia genética.

Goldbaum (2006) ressalta que os recursos humanos formados deverão ser atualizados, para serem capazes de acompanhar e incorporar os processos de inovação e produção de conhecimentos e formular projetos para responder aos problemas identificados na área de atuação, além de avaliar o impacto dessas intervenções aplicadas.

A conformação atual do mercado e das práticas profissionais, com maior rotatividade dos postos de trabalho e alta incorporação tecnológica, requer um profissional formado para a transferência mais rápida dos conhecimentos adquiridos na academia para a sociedade. A necessidade de integração ensino-serviço vem sendo discutida há algum tempo, como forma de superar os modelos tradicionais de formação na área da saúde, quais sejam: o "modo escolar,

distanciado da realidade concreta, e o modo serviço, nela mergulhado" (Teixeira, 2006: 41). A modalidade de formação pós-graduada profissional é uma das melhores possibilidades de resposta a esse desafio.

O envolvimento da coletividade da Abrasco com o desenvolvimento dos MPs – que se tem traduzido no trabalho permanentemente realizado pelos coordenadores de programas no Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – também se manifesta mais recentemente no envolvimento direto da associação na elaboração de uma proposta de MP em saúde da família em rede nacional. Trata-se de uma proposta inovadora, formulada em sintonia com os objetivos do Programa Mais Médicos, que prevê aperfeiçoar médicos e outros profissionais para atuação no desenvolvimento de políticas públicas de saúde do país e na organização e no funcionamento do SUS. As atividades didático-pedagógicas do MP em saúde da família seriam desenvolvidas por instituições associadas em rede nacional e coordenadas pela própria Abrasco.

Nos seus 35 anos de existência a Abrasco mantém o seu compromisso com a formação de sujeitos comprometidos com os princípios e valores da Reforma Sanitária brasileira e com o aperfeiçoamento do SUS.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer n. 977 CES, de 3 dez. 1965. Define os cursos de pós-graduacão. Disponível em: <http://nucleodememoria.vrac.puc-rio.br/site/textosfinais/parecerCFE97765.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Portaria n. 80, de 16 dez. 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. Disponível em: <http://ebape.fgv.br/sites/ebape.fgv.br/files/portaria_capes_080.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). V Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2005-2010. Brasília: Capes, 2005a.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Portaria n. 47, de 17 out. 1995. Determina a implantação na Capes de procedimentos apropriados à recomendação, acompanhamento e avaliação de cursos de mestrado dirigidos à formação profissional. Revista Brasileira de Pós-Graduação, 2(4): 147-148, 2005b. Disponível em: <www.foprof.org.br/documentos/portaria-no-47-17-outubro-1995.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2014.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Programa de flexibilização do modelo de pós-graduação senso estrito em nível de mestrado – 1995. Revista Brasileira de Pós-Graduação, 2(4): 145-146, 2005c. Disponível em: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/viewFile/86/82>. Acesso em: 14 ago. 2014.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Portaria normativa n. 17, de 28 dez. 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/baixaFcdAnexo.do?id=3922>. Acesso em: 12 ago. 2014.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPG 2011-2020: coordenação de pessoal de nível superior. Brasília: Capes, 2010. 2 v.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Portaria n. 1, de 4 jan. 2012. Define, para efeitos da avaliação, realizada pela CAPES, a atuação nos diferentes programas e cursos de pós-graduação das diferentes categorias de docentes. Disponível em: <www.capes.gov.br/images/stories/.../Portaria-1_4-jan-2012.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Relação de cursos recomendados e reconhecidos, 2014a. Disponível em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarAreaAvaliacao#>. Acesso em: 16 ago. 2014.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Documento de área 2013: saúde coletiva, 2014b. Disponível em: <www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacaotrienal/Docs_de_area/Saude_Coletiva_doc_area_e_comiss%C3%A3o_att08deoutubro.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2014.

FISCHER, T. Educação profissional: proposições sobre educação profissional em nível de pós-graduação para o PNPG 2011-2020 In: BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPG 2011-2020: coordenação de pessoal de nível superior. v. 2. Brasília: Capes, 2010.

FONSECA, C. M. O. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.). Saúde Coletiva como Compromisso a Trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco. 2006.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, 376(9.756): 1.923-1.958, 2014.

GOLDBAUM, M. Mestrado profissionalizante em saúde coletiva. In: LEAL, M. C. & FREITAS, C. M. (Orgs.). Cenários Possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GOLDBAUM, M. & BARATA, R. B. O feito por fazer. In: LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.). Saúde Coletiva como Compromisso a Trajetória da Abrasco. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006.

HARTZ, Z. M. A. & NUNES, T. C. M. Formação e capacitação dos recursos humanos no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas da pós-graduação em saúde coletiva. In: LEAL, M. C. & FREITAS, C. M. (Orgs.). Cenários Possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

HORTALE, V. A. Mestrado profissionalizante em saúde pública. In: LEAL, M. C. & FREITAS, C. M. (Orgs.). Cenários Possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

HORTALE, V. A. et al. Mestrado profissional em saúde da família: construção teórico-metodológica e aprendizados com a experiência. Revista Trabalho, Educação e Saúde, no prelo.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Mestrado profissional em saúde da família: o processo de construção do currículo. Revista Trabalho, Educação e Saúde, no prelo.

MESTRADO NO BRASIL. A situação e uma nova perspectiva. Infocapes, 3(3-4): 18-21, 1995. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rac/v1n2/v1n2a08.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MINAYO, M. C. S. A atuação da Abrasco em relação ao ensino de pós-graduação na área de saúde coletiva. In: LIMA, N. T. & SANTANA, J. P. (Orgs.). Saúde Coletiva como Compromisso a Trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2006.

PAGLIOSA, F. L. & DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica, 32(4): 492-499, 2008.

PAIM, J. S. & PINTO, I. C. M. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Tempus – Actas Saúde Coletiva, 7: 14-35, 2013.

QUELHAS, O. L. G.; FARIA FIHO, J. R. & FRANÇA, S. L. B. O mestrado profissional no contexto do sistema de pós-graduação brasileiro. Revista Brasileira de Pós-Graduação, 2(4): 97-104, 2005.

RIBEIRO, R. J. Ainda sobre o mestrado profissional. Revista Brasileira de Pós-Graduação, 3(6): 313-315, 2006.

SANTOS, G. B.; HORTALE, V. A. & AROUCA, R. Mestrado Profissional em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

TEIXEIRA, C. Significado estratégico do mestrado profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: LEAL, M. C. & FREITAS, C. M. (Orgs.). Cenários Possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

A Abrasco na Construção de uma Agenda Internacional em Saúde

10

Alvaro Hideyoshi Matida
Paulo Buss

A partir de sua criação, em 1979, e ao longo desses 35 anos, a historia da Associação Brasileira Saúde Coletiva (Abrasco) se mescla a duas necessidades da saúde coletiva brasileira: seguir integrando o assim chamado movimento de Reforma Sanitária brasileira e o processo de debate em torno da evolução das políticas e das práticas da saúde pública; e discutir, redefinir e participar do processo de formação de pessoal para o campo da saúde, visando ao cumprimento de uma agenda de mudanças e de reforço aos valores e princípios orientadores da saúde coletiva. Essa última vertente, voltada para a redefinição da formação profissional em saúde, também é parte integrante do movimento de Reforma Sanitária nos anos 1980.

Um marco referencial desse movimento a que a Abrasco se integrou foi o fomento ao processo de organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986) e seus desdobramentos, em particular a discussão em torno da Constituição Brasileira (1988). A comissão organizadora da 8ª CNS, presidida por Sergio Arouca, foi bastante atuante na discussão do temário ao longo desse processo organizativo. O temário foi constituído pelos seguintes itens: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento da saúde.

O reconhecimento nacional da Abrasco no processo político e técnico nacional projetou-a em nível continental e internacional. Atraindo a atenção de outras associações equivalentes, os primeiros anos do século XXI, até o presente, foram particularmente relevantes para a internacionalização das ações da associação. Entre elas, a mais importante talvez tenha sido a conquista do direito de realizar no Brasil, em 2006, o Congresso Mundial de Saúde Pública, da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (World Federation of Public Health Associations – WFPHA). Em 2004 e 2005, em conjunto com a WFPHA, a instituição

organizou e promoveu esse evento internacional que reuniu cerca de 12 mil profissionais, dos quais aproximadamente mil eram estrangeiros de diversos países.

Esse e outros eventos e participações da Abrasco – que ajudaram a construir sua face internacional – serão discutidos neste capítulo, procurando fazer uma abordagem em três dimensões: saúde global e diplomacia da saúde; os 35 anos da Abrasco e a construção de uma agenda internacional; e os desafios da instituição no campo internacional nos anos próximos.

Saúde Global e Diplomacia da Saúde

O "breve" século XX, como definido por Eric Hobsbawm (1994), foi marcado por importantes avanços econômicos, sociais e técnico-científicos, os quais melhoraram a qualidade de vida e as condições de saúde em todo o mundo. Contudo, como "era dos extremos", na mesma definição de Hobsbawm, o processo de globalização também tem criado grandes disparidades, produzindo enormes problemas sociais e de saúde, particularmente nos países mais excluídos dos circuitos centrais da economia global. As condições declinantes da saúde de grandes parcelas da população, a insegurança alimentar e, evidentemente, as mudanças climáticas vêm sendo motivo de preocupações da chamada comunidade internacional.

Quando enunciamos saúde global, estamos nos referindo a problemas que transcendem as fronteiras dos Estados-nacionais e que não são passíveis de solução apenas pelas diplomacias dos países, o que seria objeto da saúde internacional, no sentido de negociações entre nações.

Com diversas iniciativas, atendendo a interesses muitas vezes contraditórios, as Nações Unidas, a cooperação sul-sul (entre países em desenvolvimento), as agências de cooperação de países desenvolvidos e de alguns países emergentes, assim como a filantropia internacional, têm colocado a saúde como prioridade na agenda da cooperação internacional e dos programas de ajuda para o desenvolvimento. Esse processo tem sido denominado diplomacia global da saúde, ou seja, o conjunto de negociações desenvolvidas em diversos níveis, que delineia e gerencia o ambiente das políticas globais em saúde – e que, idealmente, produz melhores resultados para a saúde da população de cada país envolvido (atendendo, assim, aos interesses nacionais), bem como implementa as relações entre Estados e reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol do empreendimento comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público (Kickbusch, Silberschmidt & Buss, 2007). Como exemplo, pode-se mencionar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, conjunto de compromissos definidos pela Cúpula do Milênio, realizada pelas Nações Unidas no ano 2000 (ONU, 2000). E, mais recentemente, o processo de definição da Agenda do Desenvolvimento pós-2015 (ONU, 2013) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2014), entre os quais se encontra a saúde.

Iniciativas de diplomacia da saúde podem ser identificadas no interior da governança da saúde global, e é natural que assim seja. Entende-se como tal "o uso de instituições, regras e processos formais ou informais por parte de Estados, instituições intergovernamentais

e agentes não estatais para lidar com desafios de saúde que demandem ações coletivas e transfronteiriças de forma efetiva" (Fidler, 2010: 2). A Organização Mundial da Saúde (OMS) é a instituição que lidera o processo da saúde global, embora cada vez mais seu papel seja questionado e ela se veja forçada a compartilhar sua liderança com um conjunto de novos atores globais. Os Estados-membros da OMS praticam permanentemente a diplomacia da saúde entre si no âmbito da organização.

Entretanto, o que se verifica mais recentemente é a importância crescente que decisões externas ao setor têm sobre a saúde global – assim como, por extensão, as políticas nacionais de saúde. O que se denomina de governança global é um

> conjunto de instituições, mecanismos, relações e processos complexos formais ou informais entre Estados, mercados, cidadãos e organizações intergovernamentais ou não governamentais, por meio dos quais, em nível global, interesses coletivos são articulados, leis e obrigações são estabelecidas, e diferenças são mediadas. (Thakur & Weiss, 2006: 6)

Quando nos referimos à governança, estamos incluindo não só governos, mas também a sociedade civil (Buss, 2012).

A Associação Canadense de Saúde Pública (Canadian Public Health Association – CPHA) lançou, em 1985, o Strengthening of Public Health Associations Program (Sopha) – Fortalecendo as Associações de Saúde Pública – como uma de suas mais importantes iniciativas de saúde global, reflexo de seus valores e princípios internacionais (CPHA, 1985). O Sopha provê apoio técnico e financeiro visando a fortalecer associações de saúde pública em trinta países em desenvolvimento a fim de garantir a defesa da saúde e a promoção de ampla participação pública em questões e ações sanitárias. Em nosso entendimento, esse é um dos melhores exemplos de governança da saúde global desenvolvida, nesse caso, não entre países, mas entre organizações não governamentais (ONGs) – as associações nacionais de saúde pública – por uma associação nacional.

A agenda internacional da Abrasco pode-se inscrever nesse conceito amplo de governança global e saúde e, se apropriadamente desenvolvida, contribuir enormemente para o avanço da saúde e da própria disciplina global e regionalmente.

Os 35 Anos da Abrasco e a Construção de uma Agenda Internacional

Nesses 35 anos de existência, a Abrasco vem servindo para intercâmbio e construção de conceitos e valores em saúde pública/coletiva, troca de informações científicas e divulgação de congressos e eventos da própria associação e de outras organizações nacionais e internacionais. Nessa perspectiva, os congressos brasileiros de saúde coletiva, bem como os eventos temáticos das comissões e grupos temáticos (GTs) da Abrasco, seus desdobramentos, declarações e agendas produzidas tiveram registro e expressão em anais de eventos, boletins informativos, documentos e relatórios.

De fato, mescladas à construção de uma agenda internacional da saúde, o processo de revisita a conceitos e valores que fomentaram o debate em torno do movimento da Reforma Sanitária brasileira e seus desdobramentos sublinharam a trajetória da Abrasco. O 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em setembro de 1986, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), na cidade do Rio de Janeiro, teve como tema "Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde". Os grandes conceitos, valores, teses e políticas relativos à saúde como direito universal e dever do Estado, a regionalização, a integralidade do cuidado à saúde – entre outros temas discutidos e defendidos nesse evento histórico pelo conjunto dos participantes, lideranças, cientistas e pesquisadores, quer no âmbito das academias, quer no âmbito dos serviços de saúde – foram aqueles advogadas pelo movimento sanitário ao longo do processo de organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e que estão plasmados na Constituição Brasileira. A Declaração do Rio de Janeiro, resultado desse primeiro congresso, expõe:

> A Abrasco se alia a todos aqueles que almejam a democratização da saúde e acredita que só através da nossa organização coletiva alcançaremos legitimar as medidas que avançam na direção da Reforma Sanitária e impedir, com a nossa vigilância constante, qualquer retrocesso no curso desse processo.
>
> Nesse sentido, reafirmamos:
>
> - a necessidade da continuidade no processo de mobilização social em torno da Reforma, iniciado com a 8ª CNS;
> - o apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que esta se legitime e ganhe força, para propor as transformações que se fazem necessárias;
> - (...) e o nosso engajamento decisivo no processo constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Nova Constituição e comprometendo desde agora os candidatos com as propostas da Reforma Sanitária. (...) Nesse sentido, recomendamos que sejam organizados fóruns de debate e mobilização em todos os cantos do país, articulando, assim, as representações dos trabalhadores, comunidade, instituições, partidos políticos, universidades etc., a nível local, municipal e estadual. Desta forma, concretizaremos ainda mais a discussão sobre a Reforma Sanitária, conquistando o necessário respaldo organizativo da sociedade para a sua definitiva implantação (Plenária do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva). (Cadernos de Saúde Pública, 1986: 383-384)

Em novembro de 1988, divulga-se o 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – "Sistema Único de Saúde: conquista da sociedade" –, que ocorreria na Universidade de São Paulo (USP), de 3 a 7 de julho de 1989. "O período não pode ser mais propício, pois estará iniciando a legislatura de 1989, e a lei orgânica sobre a saúde, regulamentando os princípios constitucionais, deverá ser votada no próximo ano no Congresso Nacional" (Abrasco, 1988: 1). A Carta de São Paulo, aprovada na sessão plenária no fim do 2º Congresso, explicita a ausência de locação de recursos e investimentos no setor Saúde pelo governo Sarney e relaciona as exigências para a manutenção e o avanço do projeto de Reforma Sanitária (Abrasco, 1989: 5).

O editorial do Boletim Abrasco n. 46, ao tempo que promove as cartas de Porto Alegre e Belo Horizonte – resultantes do 3º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre (RS), em maio de 1992, e do 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Belo Horizonte (MG), em julho desse mesmo ano, ambos realizados pela associação –, divulga a 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema "Municipalização é o caminho" reitera a regionalização do sistema de saúde brasileiro e a regulamentação da Constituição de 1988.

Nesse mesmo boletim, a Abrasco torna públicos à comunidade da área de saúde três eventos internacionais a serem realizados em outubro de 1992: a 7ª Conferência da Associação Internacional de Políticas de Saúde, em Bolonha (Itália), com o objetivo de promover a análise de questões ligadas à saúde pública e dinamizar o debate entre países sobre políticas de saúde; e a 7ª Jornada de Saúde e Administração Sanitária e o 1º Congresso Ibero-Americano de Epidemiologia, em Granada (Espanha), visando a debater problemas e definir linhas de investigação em epidemiologia dos países participantes (Abrasco, 1992b).

O que há por fazer depois do já feito – ou "Saúde: o feito por fazer", tema geral do 4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Centro de Convenções de Olinda e Recife (Pernambuco), em junho de 1994 – é objeto de ampla divulgação no Boletim Abrasco n. 51.

> Desejando a construção coletiva do Congresso, ampliando o compromisso das instituições e entidades para com a área e adscrevendo-lhes responsabilidades no processo, a Diretoria tem estado dialogando permanentemente com a comunidade, recebendo e avaliando sugestões sobre o temário e organização do evento (...). É consensual a importância do Congresso montado sobre eixos temáticos que permitam a discussão do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde, a revisão do atual modelo assistencial e o desenho de estratégias para a consolidação do processo de implementação do SUS. (Abrasco, 1993: 1)

No fim de julho de 2003, em Brasília, durante o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ("Saúde, justiça, cidadania"), realizou-se uma Oficina de Integração Regional do Setor Saúde na América do Sul, promovida pelo Ministério da Saúde, em torno do fortalecimento dos sistemas de inovação em saúde e da cooperação solidária entre países do bloco (Abrasco, 2003).

Assim é que no início dos anos 2000, no editorial do Boletim Abrasco n. 90, o então presidente da associação, professor Moisés Goldbaum, expressa que

> no cenário internacional, vale sublinhar o empenho da diretoria junto à Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA) visando à realização da 11ª edição do Congresso Mundial de Saúde Pública, na cidade do Rio de Janeiro. A proposta enviada e aprovada, por unanimidade, no plenário da 38ª Reunião Anual da WFPHA em 19 de abril de 2004, cuja organização será articulada com o próximo Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. É nossa expectativa seguirmos ampliando, fortalecendo o debate e o intercâmbio de ideias e ações entre a comunidade científica nacional e internacional. (Abrasco, 2004: 2-3)

A aproximação da Abrasco com os temas da saúde global, assim como sua interação com as atividades da WFPHA, consolida a necessária ampliação da sua agenda internacional

e resulta no seu reconhecimento perante a comunidade internacional. O 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública ("Saúde coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas"), realizados no Rio de Janeiro de 21 a 25 de agosto de 2006, evidenciam essa tese.

> A realização de um fórum mundial, no Brasil, é extremamente oportuna e merece toda nossa credibilidade. À frente desta iniciativa, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Abrasco e a WFPHA prestarão grande tributo ao desenvolvimento do campo no âmbito internacional. A ampliação do debate e a formulação de propostas inovadoras em Saúde Pública Internacional são, hoje, mais que nunca, uma urgência e um imperativo ético (trecho da carta do dr. Humberto Costa, ministro de Estado de Saúde, dirigida à WFPHA). (Abrasco, 2006a: 3)

Em seiscentas horas de atividades, estiveram presentes delegações de 77 países, 12 mil participantes, nacionais e internacionais, profissionais da saúde, lideranças, tomadores de decisão, professores, pesquisadores, além da presença marcante do então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva. A programação do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública contou com a presença do presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Buss, homenageado pela WFPHA e convidado a proferir a Conferência Magna Hugh Rodman Leavell, intitulada "Globalização, pobreza e saúde", abordando o impacto das políticas econômicas sobre as iniquidades sociais, pobreza e saúde. As apresentações de Michael Marmot ("Ações globais em determinantes sociais em saúde") e Giovani Berlinguer ("Novas fronteiras em ciência e tecnologia: o que isso significa para a saúde pública?"), juntamente com as contribuições de ministros da Saúde, delegados e representantes institucionais de países, resultaram na aprovação da Declaração do Rio de Janeiro na sessão plenária de encerramento, na qual se reafirmou que:

> - O acesso ao cuidado de saúde eficaz é um direito humano fundamental e uma pré-condição para o desenvolvimento social e econômico; (...)
> - Os resultados da pesquisa devem estar publicamente disponíveis e ser incorporados na formulação de políticas públicas e intervenções em saúde (...);
> - São necessários laços intersetoriais mais fortes entre as políticas públicas em geral e as de saúde, e ligações efetivas com iniciativas governamentais, não governamentais e da sociedade civil; (...)
> - As agências das Nações Unidas devem ter os meios necessários e se comprometerem com ações melhores e mais ágeis;
> - A solidariedade e responsabilidade globais são essenciais para que se faça frente ao enorme desafio de garantir que todo ser humano possa viver sua vida com respeito e dignidade, criando, desta forma, um futuro melhor para as próximas gerações. (Abrasco, 2006c: 5)

Em entrevista publicada no Boletim Abrasco n. 97, o então presidente da instituição, professor Paulo Gadelha, detalha as principais repercussões do congresso, que pela primeira vez teve a participação do presidente da República. Faz um balanço do movimento da Reforma Sanitária e do futuro do Fórum da Reforma Sanitária e "se diz confortável para passar o bastão ao companheiro" José da Rocha Carvalheiro, presidente da entidade na gestão 2007-2009 (Abrasco, 2006b: 10).

> Nesse congresso, alcançamos um patamar de consolidação da Abrasco como referência nacional e internacional e também tivemos um momento muito especial para trazer à tona a politização da saúde pública. (...)
>
> Ela [a Abrasco] revisitou as questões que galvanizaram o movimento de Reforma Sanitária. Conseguiu perceber a predominância das questões mais gerais técnicas, políticas e acadêmicas e as traduziu numa forma de pertinência e linguagem que capturou e interessou segmentos muito diversificados.
>
> Houve avanço na construção institucionalizada e organizada da participação, que resultou nos conselhos, nas conferências e seu crescimento em número de participantes, temáticas e novas plenárias.
>
> A ideia de começar a reconstituir o Fórum de Saúde, com a reunião inicial de entidades (Abrasco, Cebes, Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), o fortalecimento da rede parlamentar, da articulação mais orgânica com o Conselho Nacional de Saúde, a "refundação do Cebes" – braço muito importante do processo de repolitização – e a própria concepção do Congresso da Abrasco refletem um movimento de busca de uma significação mais ampla para o Fórum. Eu acho que os desafios são muito grandes, principalmente em um processo eleitoral no país fracamente politizado, no qual questões centrais, como a saúde e o futuro da nação, ficam relegadas. (Abrasco, 2006b: 11-12)

A construção dessa agenda internacional da Abrasco segue o 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado em Salvador no período de 13 a 18 de julho de 2007. Em conjunto com a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e a Associação Internacional de Políticas de Saúde (IAHP), a Abrasco coorganizou esse triplo congresso com o tema "Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização", dividido em quatro eixos temáticos: Saúde Coletiva Hoje; Equidade e Direito à Saúde; Direito à Vida e à Paz; Mobilização e Participação Social. As trocas de experiências e as discussões entre participantes, por um lado, demonstram a complexidade do campo da saúde coletiva em face da necessidade de ações intersetoriais estruturantes, da precariedade de investimentos e dos modelos de governança adotados; por outro, indicam a urgência de um novo contrato social e incursões criativas e alternativas aos modelos e paradigmas em foco. Em entrevistas com representantes tanto da Alames quanto da IAHP, que juntamente com a Abrasco realizaram esse evento internacional, tal posicionamento é reiterado e somado a questões relativas aos direitos humanos e à mobilização social global (Abrasco, 2007).

O protagonismo da Abrasco no processo de elaboração da Declaração do Rio de Janeiro, em 2006, e da Declaração de Istambul, em 2009; e sua participação na presidência da WFPHA entre 2007 e 2008, integrando assessorias e GTs desde 2006 até o presente momento, são fatos bastante relevantes. Em conjunto com outras entidades civis e a WFPHA, a Abrasco esteve presente na Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde organizada pela OMS, no Rio de Janeiro, em outubro de 2011; e organizou e participou dos dois Encontros Latino-Americano de Entidades de Saúde Pública, ambos em Porto Alegre em 2011 e 2013, que tiveram como objetivo buscar estratégias para a definição e consolidação de uma

rede de organizações latino-americanas para fortalecer agendas nacionais das entidades participantes (encontros e fóruns relevantes) e construir uma agenda comum de interação latino-americana em saúde coletiva.

Ainda no processo de construção de uma agenda internacional, a instituição elege em setembro de 2006, em Assembleia Geral da Federação, durante a realização do 11º Congresso da WFPHA e do 8º Congresso da Abrasco, Paulo Buss – ex-secretário da associação e, na época, presidente da Fiocruz – para a presidência da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública. A posse do novo presidente ocorre por ocasião da Assembleia da Federação, em Genebra, em maio de 2008.

> Centenas de países e bilhões de pessoas enfrentam todos os dias o absurdo da fome, as habitações insalubres, a ameaça de doenças, a falta de liberdade, as guerras sem sentido, a violência e a falta de acesso a serviços sociais básicos. Todos estes fenômenos – e muitos outros – influenciam negativamente a saúde de cada um e da coletividade.
>
> Nós, profissionais de saúde pública, não podemos aceitar que as iniquidades sejam ainda a tônica da vida política, social e econômica na maioria dos países do mundo. Sabemos o quanto as desigualdades socialmente injustas e inaceitáveis são a verdadeira raiz da maioria dos problemas sociais e de saúde que afetam nossas populações. (...)
>
> Quando examinamos os fundamentos políticos e técnicos desta Federação nos damos conta do imenso patrimônio amealhado ao longo dos seus quarenta anos de vida, desde que foi fundada em 1967. É a única associação profissional global representando e servindo a saúde pública como um todo, ao invés de disciplinas separadas ou profissões. Desde 1978, como uma organização da sociedade civil internacional, não governamental e multiprofissional, esta Federação une todas as pessoas interessadas e ativas em salvaguardar e promover a saúde da população através da troca profissional, colaboração e ação. (...)
>
> O mundo contemporâneo está cada vez mais complexo, desafiando instituições como a nossa, e múltiplos atores atuam na cena internacional, o que exige atuação em parcerias, com a construção de consensos políticos para a ação. (...)
>
> Encerro estas palavras convocando a todos para uma luta sem tréguas a favor da equidade social e da saúde, por um ambiente saudável e sustentável e pela paz e justiça social para todos (trechos do discurso de posse de Paulo Buss, Genebra, maio de 2008). (Abrasco, 2008a: 7)

No início de 2006, por meio de sua Comissão de Epidemiologia, a Abrasco lança o professor Cesar Victora, da Universidade Federal de Pelotas (RS), candidato ao cargo de presidente da Associação Internacional de Epidemiologia (International Epidemiology Association – IEA) para o período de 2011 a 2013. Divulga o 12º Congresso Mundial de Saúde Pública, que ocorreria em maio de 2009, em Istambul, e confere visibilidade e promoção ao 18º Congresso Mundial de Epidemiologia e ao 7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em processo de organização, programados para acontecer pouco mais de um mês após a publicação do Boletim Abrasco n. 100.

Esses dois congressos de epidemiologia conjuntos foram realizados no período de 20 a 24 de setembro de 2008, em Porto Alegre (RS), e tiveram como tema "A epidemiologia na

construção da saúde para todos: métodos para um mundo em transformação". No Boletim Abrasco n. 101, publicam-se os resultados e desdobramentos desses eventos simultâneos, que contaram com a presença de 4.837 congressistas nacionais e internacionais. Sublinha-se a eleição do professor Cesar Victora à presidência da IEA, gestão 2011-2013, destacando-se ainda a celebração dos trinta anos da Declaração de Alma-Ata (Alma-Ata, 1978) e vinte anos de nossa Constituição (1988) e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os temas dos dois congressos são estruturantes desses fóruns de debates e proposições. Na Carta de Porto Alegre, aprovada em sessão plenária de encerramento, declara-se:

> Ao lado dos grandes avanços observados na sociedade brasileira no controle e erradicação de doenças, os desafios se multiplicam. Compreendem os velhos e conhecidos problemas ao lado de outros novos que invadem o cotidiano da população brasileira, como o são o alcoolismo, o tabagismo, as outras drogas, a violência, entre outros.
>
> Em harmonia com o tema central do Congresso, "Epidemiologia na construção da saúde para todos: métodos para um mundo em transformação", ficou evidente para os congressistas que a efetividade de sua atuação só se concretiza na medida da urgente regulamentação da EC-29, que atribui os recursos financeiros necessários para a sustentabilidade do nosso sistema de saúde.
>
> (...) Refletindo sobre a atual conjuntura mundial, manifestam sua indignação frente aos recentes desdobramentos da economia globalizada que se transformou em uma ciranda financeira, utilizando inapropriadamente vultosos recursos públicos. (...)
>
> Por fim, baseados na reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa realizada por ocasião dos Congressos, os epidemiologistas reconhecem que o enfrentamento dos desafios postos pelo processo saúde-doença implica a organização de um novo pacto. Este deve ser demarcado pela solidariedade entre povos deste e de outros continentes e pelo trabalho cooperativo internacional, como base de sustentação e de efetivação, para que se possa dar consequência ao lema de que a saúde, menos do que gasto, é condição essencial para o digno e pleno desenvolvimento das sociedades. (Abrasco, 2008b: 17)

Também esses dois congressos garantiram visibilidade à cooperação brasileira em saúde na África; à participação da Abrasco no Fórum Social Mundial Ciência e Democracia, a se realizar em Manaus, no início de 2009; e ao 12º Congresso de Educação a Distância/Mercosul "Educação a distância e cidadania: um caminho para a justiça", ocorrido em outubro de 2008, no Rio de Janeiro (Abrasco, 2008b).

Tendo como objeto central a divulgação do contexto e da Declaração de Istambul ("Saúde: o primeiro direito humano"), resultante da 12º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado em Istambul em maio de 2009, o Boletim Abrasco n. 102, de junho de 2009, torna público que:

> 2.380 participantes de 142 países reunidos no 12º Congresso Mundial de Saúde Pública em Istambul, de 27 de abril a 1º de maio de 2009, declaramos e afirmamos que:
>
> (...) Determinantes sociais têm causado o aumento de doenças e a deterioração das condições de saúde. O desemprego e a pobreza se agravam. Cerca de um bilhão de pessoas passam fome e vivem sob o temor da inanição. A segurança alimentar está ameaçada, como nunca antes

em décadas anteriores, sobretudo na África e na Ásia. Guerras e conflitos vêm provocando mortes, desastres e miséria em muitas partes do mundo. Na semana de realização do Congresso, a eclosão de uma doença infecciosa potencialmente letal que se transformou em pandemia. A recessão econômica global, que teve início em 2008, impõe um risco ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio, como acordadas pelos Estados-membros das Nações Unidas no ano 2000.

Estes são tempos extremamente conturbados. (...)

Como representantes das nossas organizações, como profissionais da saúde e como cidadãos, declaramos e afirmamos os princípios e metas a seguir, comprometendo-nos a trabalhar para realizá-los.

- A saúde e o bem-estar são condições necessárias para os desenvolvimentos social, econômico e cultural nos contextos pessoal, familiar, comunitário, nacional e global.
- A saúde e o bem-estar dependem – e são inseparáveis – da assistência social e da manutenção de um mundo e uma biosfera saudáveis. (...)
- O acesso equitativo a sistemas de saúde abrangentes, eficientes que compreendam atenção básica à saúde e serviços de saúde pública, é um direito humano. (...)
- A redução das desigualdades e disparidades de recursos econômicos entre países e pessoais, assim como dos demais recursos materiais, é pré-requisito para a melhoria da saúde pública. (...)
- A melhoria e a manutenção da saúde pública exigem compromissos profundos com e no desenvolvimento de capacidades para formação, educação e pesquisa, além da ação. (Abrasco, 2009a: 24-25)

Também nesse número do Boletim Abrasco é publicada a homenagem da CPHA a Paulo Buss, então presidente da WFPHA, recebida em 9 de junho de 2009, no Canadá. O CPHA International Award 2009 foi conferido a ele

como reconhecimento por sua contribuição para a promoção da saúde pública em sociedades pobres, através do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, fortalecimento dos serviços de atenção primária, promoção dos valores da equidade no acesso a ambientes promotores da saúde e/ou do incremento da participação comunitária em saúde. (Abrasco, 2009a: 25)

Um amplo e detalhado informe, promovendo o 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ("Ciência, tecnologia e inovação na garantia do direito à saúde"), em Recife, no período de 31 de outubro a 4 de novembro de 2009, é também focado no Boletim Abrasco, n. 102: "o evento reunirá (...) todos aqueles interessados no debate, reflexão e enfrentamento dos desafios teóricos e práticos do campo" (Abrasco, 2009a: 16). Os desdobramentos desse evento e a presença oportuna e relevante do presidente Luiz Inácio Lula da Silva foram registrados nos anais do 9º Congresso e no Boletim Abrasco n. 103, de dezembro de 2009.

Todos aqui sabem que a Abrasco veio fortalecendo o seu papel ao longo da década de 90, quando a maior preocupação na área da saúde era garantir as conquistas obtidas com a nova Constituição e assegurar a implementação do modelo de gestão em saúde definido pelo SUS. (Abrasco, 2009b: 3)

Desafios Abrasco nos Anos Próximos

Em recente fórum latino-americano sobre desenvolvimento em Santiago, no Chile (Cepal, 2014a), o debate centrou-se nos novos desafios que a região enfrenta para crescer. Há que se lidar com a pobreza e as desigualdades inventando e reinventando formas de enfrentá-las. Na análise das barreiras, constata-se que a queda do custo de commodities, as altas taxas de juros e a ascensão do dólar recolocam em xeque os modelos de crescimento adotados pelos países da América Latina. Urge a busca de alternativas concentradas para a produção de matérias-primas. O quadro de futuro dramático exige a adoção de novas estratégias de pesquisa em ciências e tecnologias em saúde, efetivamente inovadoras e integradas. É mister a definição de uma lista de prioridades conjuntas para o enfrentamento regional e nacional dessa crise contemporânea no desenvolvimento. As questões relacionadas ao ambiente, ao envelhecimento populacional e à violência precisam de urgentes ações governamentais e da sociedade.

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) oferece alternativas nos seus três documentos bianuais sobre desenvolvimento nesta região, desenvolvidos respectivamente em 2010, 2012 e 2014, para apoiar as opções dos governos locais (Cepal, 2010, 2012, 2014b). Teóricos e críticos do desenvolvimento descrevem expectativas e proposições. Países formulam seus planos nacionais de desenvolvimento. A sociedade civil procura – e deve – participar ativamente. Aqui se inserem os desafios das associações nacionais de saúde pública, caso da Abrasco e de outras entidades.

Dadas as reconhecidas conexões entre desenvolvimento e saúde, reafirmadas no documento "O futuro que queremos" (United Nations, 2012), resultante da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, cabe de forma inequívoca um papel muito importante às associações nacionais de saúde pública no avanço dos processos global e nacionais de um desenvolvimento integral e equitativo, diferente do mero crescimento econômico como se conhece até aqui, no mais das vezes inequitativo, excludente e ecoagressivo.

Reunir evidências relacionadas aos efeitos da crise econômica mundial – gerada a partir de 2007 nos países centrais do capitalismo global – sobre a saúde e a qualidade de vida (Stuckler & Basu, 2013) e transformá-las em matéria política a ser debatida pela sociedade civil, servindo de alerta a governos populares, devem ser o objetivo central de associações nacionais comprometidas com a saúde da população.

É necessário estimular conexões e mesmo alianças formais entre organizações da sociedade civil envolvidas no mesmo ideário. A ação em conjunto com o parlamento, reforçando a democracia representativa na busca de compromissos em prol da saúde e da qualidade de vida, é a esperada para associações como a Abrasco.

O que se deseja – e claramente é apontado pelos movimentos políticos da instituição – é que a Abrasco busque na sua história de 35 anos a inspiração – e na análise política sistemática da realidade a orientação – para suas ações futuras.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e II Congresso Paulista de Saúde Pública. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 31, out.-dez. 1988.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de São Paulo. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 34, jun.-jul. 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de Porto Alegre e de Belo Horizonte – A Saúde como Direito à Vida. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 46: 1-2, abr.-jun. 1992a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). I Congresso Iberoamericano de Epidemiologia e VII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitária. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 46, abr.-jun. 1992b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Saúde: o feito por fazer. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 51: 1, out.-dez. 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Editorial. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 88: 2-3, maio-set. 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Editorial. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 90, ano XXI: 2-3, maio 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Saúde coletiva em um mundo globalizado: por uma agenda solidária. Editorial. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 97: 2, out. 2006a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Reafirmando a luta por um mundo melhor. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 97: 5, out. 2006b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Declaração do Rio – Abrascão: compromissos renovados, a agenda continua! Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 97: 10-12, out. 2006c.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Aproximando a academia e os movimentos sociais: a luta pelo reconhecimento da saúde como direito. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, edição especial: 28-31, set. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Sanitarista brasileiro assume Presidência da Federação Mundial de Saúde Pública. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 100: 6-7, 16, ago. 2008a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de Porto Alegre. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 101: 3, 8-9, 17, 21-22, 24, dez. 2008b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Saúde: o primeiro direito humano da Declaração de Istambul. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 102: 16-17, jul. 2009a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Editorial. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 103: 2-3, dez. 2009b.

BUSS, P. et al. Desenvolvimento sustentável e governança em saúde global. Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, 6(3): 1-10, 2012. Disponível em: <www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/636>. Acesso em: 9 fev. 2015.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Declaração final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Cadernos de Saúde Pública, 2(3): 382-384, 1986. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1986000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 dez. 2014.

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (CPHA). Strengthening of Public Health Associations Program (Sopha), 1985. Disponível em: <www.cpha.ca/en/programs/sopha.aspx>. Acesso em: 9 fev. 2015.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). La hora de la igualdad, 2010. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13309/S2010986_es.pdf?sequence=1>. Acesso em: 6 dez. 2014.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). Cambio estructural para equidad: una visión integrada del desarrollo, 2012. Disponível em: <www.cepal.org/pses34/noticias/documentosdetrabajo/4/47424/2012-SES-34-Cambio_estructural.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2014.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). Pactos para la igualdad: hacia un futuro sostenible, 2014a. Disponível em: <www.cepal.org/es/publicaciones/pactos-para-la-igualdad-hacia-un-futuro-sostenible-trigesimo-quinto-periodo-de>. Acesso em: 6 dez. 2014.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). Panorama Social da América Latina – 2013. Santiago de Chile: Cepal, 2014b.

FIDLER, D. The Challenges of Global Health Governance. New York: Council on Foreign Relations, 2010. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/eu_world/docs/ev_20111111_rd01_en.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2015.

HOBSBAWM, E. Era dos Extremos: o breve século XX 1914-1991. Trad. Marcos Santa Rita. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1994.

KICKBUSCH, I.; SILBERSCHMIDT, G. & BUSS, P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bulletin of World Health Organization, 85: 230-232, 2007. Disponível em: <www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039222/en/>. Acesso em: 9 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2000. Disponível em: <www.un.org/millenniumgoals>. Acesso em: 9 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. Agenda do Desenvolvimento pós-2015, 2013. Disponível em: <www.un.org/es/development/desa/development-beyond-2015.html>. Acesso em: 9 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), 2014. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgsproposal>. Acesso em: 9 fev. 2015.

STUCKLER, D. & BASU, S. The Body Economic: why austerity kills. 1. ed. London: Basic Books, 2013.

THAKUR, R. & WEISS, T. G. The UN and Global Governance: an idea and its prospects. Indiana: Indiana University Press, 2007.

UNITED NATIONS. The future we want, 2012. Disponível em: <www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang>. Acesso em: 6 dez. 2014.

Trajetórias Recentes da Abrasco: fazendo o “por fazer”

11

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
Carlos dos Santos Silva
Alvaro Hideyoshi Matida
José da Rocha Carvalheiro

Desde sua origem, a atuação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) tem sido guiada por um duplo propósito: fortalecer o campo científico e acadêmico da saúde coletiva e lutar pela democratização da saúde por meio do desenvolvimento de um projeto de reforma sanitária pautado nos ideais de universalidade, igualdade e integralidade.

Em relação ao primeiro propósito, a Abrasco vem estimulando a produção e a disseminação do conhecimento científico pelos pesquisadores do campo, assim como vem apoiando a formação e a qualificação de docentes e pesquisadores para as escolas, as universidades e os centros de pesquisa e de técnicos e sanitaristas para os serviços de saúde. Os congressos, os simpósios e os demais eventos científicos que a instituição realiza, assim como as publicações que edita, desempenham esse papel.

No que concerne ao segundo propósito, a associação tem buscado contribuir, de modo geral, para a elevação da consciência sanitária da sociedade brasileira e, de modo particular, para a formulação e a implantação das políticas de saúde. Tenta colaborar, fundamentalmente, por meio da advocacy, exercida em múltiplos espaços: nos meios de comunicação de massa, na apresentação de relatórios para gestores e técnicos da saúde, nas instâncias do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Para realizar as atividades diretamente relacionadas ao cumprimento de seus propósitos, a instituição desenvolve várias tarefas organizativas que, ao longo do tempo, vêm assumindo maior complexidade, em razão da expansão e do amadurecimento do próprio campo da saúde coletiva.

Este capítulo apresenta a atuação da Abrasco no período de 2006 a 2015 e está organizado em três eixos: fortalecimento do campo científico, luta pela democratização da saúde e organização interna. Contudo, trata-se de uma divisão meramente formal, com o objetivo

de facilitar a sistematização das ações. Na prática, muitas atividades (como os congressos da Abrasco, por exemplo) atendem aos dois propósitos gerais e ainda a objetivos organizativos.

Fortalecendo o Campo Científico da Saúde Coletiva

A produção de conhecimento na área da saúde coletiva cresceu muito no período, como atestam a elevação do número de artigos científicos publicados por autores da área e o aumento do seu impacto bibliométrico. Também aumentaram bastante a quantidade e a qualidade das atividades de formação de pesquisadores, professores e profissionais de saúde coletiva, como indicam o crescimento do número de programas de pós-graduação – bem avaliados pelo Ministério da Educação – e o surgimento dos cursos de graduação.

A Abrasco, como entidade, cumpre um papel importante de apoio à produção e disseminação do conhecimento, promovendo, sobretudo, o intercâmbio entre pesquisadores e estudantes da área da saúde coletiva. Também auxilia a expansão e a qualificação da formação, especialmente por meio das atividades de seus fóruns de coordenadores de programas de pós-graduação e de cursos de graduação.

Os congressos, simpósios e encontros científicos da Abrasco

Certamente, a principal atividade da Abrasco para promover o intercâmbio entre pesquisadores, professores e estudantes da área de saúde coletiva, envolvendo ainda profissionais, trabalhadores, gestores e movimentos sociais interessados nas questões da área e das políticas de saúde, são os congressos, simpósios e outros eventos científicos que realiza. De 2006 a 2015, foram 19 encontros de alta densidade científica e de relevante impacto político. Além de novas edições de eventos já existentes, o período mais recente assistiu ao surgimento de um novo congresso – o de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – e um novo simpósio – o de Saúde e Ambiente.

8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/11º Congresso Mundial de Saúde Pública

De 21 a 25 de agosto de 2006, no Rio de Janeiro, o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva é realizado concomitantemente ao 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, promovido pela Federação Mundial de Associações de Saúde Pública. A realização conjunta dos dois congressos é defendida, ainda em 2004, por Moisés Goldbaum, então presidente da Abrasco, como uma estratégia importante para seguir

> fortalecendo o debate e o intercâmbio de ideias e ação entre a comunidade científica nacional e internacional (...) [o que] garantirá novas contribuições ao desenvolvimento de políticas públicas e sociais que atentem para a superação das iniquidades e para a efetiva melhoria na promoção e na atenção à saúde do conjunto de nossas sociedades. (Abrasco, 2004)

Tendo como tema central "Saúde coletiva no mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas", os dois congressos reuniram cerca de 12 mil participantes, durante mais de seiscentas horas de atividades. A presença do então presidente da República do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, na cerimônia de abertura evidencia a importância desse evento, sendo a primeira vez que o chefe de Estado brasileiro participa de um congresso de saúde coletiva. Em seu discurso, Lula destaca o compromisso do governo brasileiro com o desenvolvimento social e a saúde e conclama todos os países representados a um esforço conjunto contra a pobreza e as iniquidades sociais.

O então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Buss, profere a conferência magna Hugh Rodman Leavell, abordando o tema "Globalização, pobreza e saúde". No fim, os ministros da Saúde, os delegados e os representantes institucionais de 26 países aprovam a Declaração do Rio, que destaca:

> São necessárias mais pesquisas para melhor entender os determinantes sociais de saúde e as "causas das causas" do adoecimento, bem como avaliar políticas e intervenções. (...) São necessários laços intersetoriais mais fortes entre as políticas públicas em geral e as de saúde, e ligações efetivas com iniciativas governamentais, não governamentais e da sociedade civil. (...) A solidariedade e a responsabilidade globais são essenciais para que se faça frente ao enorme desafio de garantir que todo ser humano possa viver sua vida com respeito e dignidade, criando, desta forma, um futuro melhor para as próximas gerações. (Abrasco, 2006a)

Nesse evento, Paulo Buss – secretário executivo da Abrasco de 1981 a 1989 e secretário executivo adjunto de 1989 a 1993 – é eleito presidente da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA, sigla para World Federation of Public Health Associations) para a gestão 2007-2009. O então presidente, José da Rocha Carvalheiro, representou a Abrasco em sua posse em Genebra.

3º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária

Ainda em 2006, dos dias 26 a 29 de novembro, em Florianópolis (SC), a Abrasco promove a terceira edição do Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa), cujo tema central é "Vigilância sanitária, risco e desigualdade: quem se importa?", com discussões abordando as relações entre a vigilância sanitária e os processos de inclusão e exclusão social. Ao fim do simpósio, é aprovada a Carta de Florianópolis (Abrasco, 2006b), reivindicando a efetivação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e a convocação da 2ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, para discutir, entre outras questões, um projeto de lei que criava, sem a necessária discussão democrática, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde:

> Nesse sentido, vimos manifestar a necessidade de ampliação do debate democrático que pautou e pauta a Reforma Sanitária brasileira e a construção do SUS. Como sanitaristas brasileiros do século XXI, não podemos permitir que mudanças no marco legal da saúde coletiva sejam

realizadas em processos de discussão restritos e apressados, que podem resultar em retrocessos e destruição de conquistas que não se restringem apenas ao campo da saúde, com desdobramentos na própria restrição aos direitos individuais e da cidadania.

Pela convocação da 2ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

Pelo respeito ao espírito democrático que pauta a Reforma Sanitária brasileira.

Pelo respeito aos direitos de cidadania. (Abrasco, 2006b)

4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde/10º Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social/14º Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde

De 13 a 18 de julho de 2007, é realizado, em Salvador (BA), o 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em conjunto com o 10º Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e o 14º Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde (IAHP, sigla para International Association of Healthcare Policy). Tendo por tema "Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização", os congressos comportaram a apresentação de 3.168 trabalhos nas modalidades de painéis, fóruns e palestras, além das sessões de comunicações coordenadas e de pôsteres. A solenidade de abertura contou com a presença do então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, que destacou que o Brasil tem um complexo de indústrias e de serviços de saúde que representa quase 10% do produto interno bruto (PIB), gerando 7,5 milhões de empregos diretos e indiretos e movimentando cerca de R$ 170 bilhões por ano. Nesse sentido, a saúde é um dos componentes estruturantes do desenvolvimento econômico e social, não devendo ser abordada de modo desarticulado.

7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia/18º Congresso Mundial de Epidemiologia

Em 2008, a Abrasco promove, em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e com a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA, sigla para International Epidemiological Association), o 7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia e o 18º Congresso Mundial de Epidemiologia, de 20 a 24 de setembro, em Porto Alegre (RS). O tema geral é "Epidemiologia na construção da saúde para todos: métodos para um mundo em transformação", incluindo discussões sobre transições epidemiológicas e demográficas, alterações ambientais, progresso na capacidade de pesquisa ao redor do mundo para investigar problemas de saúde, desigualdades entre países ricos e pobres e entre cidadãos de um mesmo país e ainda iniquidades no acesso aos benefícios do progresso científico. Esses congressos reuniram 4.273 participantes, dos quais 564 epidemiologistas estrangeiros de 71 países. Destaque para a eleição de Cesar Victora para a presidência da Associação Internacional de Epidemiologia. Ao fim do encontro, é aprovada a Carta de Porto Alegre (Abrasco, 2008), em que se ressalta:

O debate trouxe à tona um conjunto relevante de evidências que reafirmam o papel dos determinantes sociais na iníqua distribuição da saúde populacional, o que implica a necessidade do estabelecimento de políticas públicas intersetoriais e de estratégias de avaliação contínua dessas intervenções e seus efeitos sobre as desigualdades em saúde.

9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

De 31 de outubro a 4 de novembro de 2009, realiza-se em Olinda (PE) o 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com o tema central "Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde". A discussão é organizada em quatro dimensões: 1) ciência, tecnologia e inovação para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS; 2) saúde e seguridade social; 3) desenvolvimento social e econômico sustentável; 4) garantia dos direitos humanos. A primeira dimensão trata dos desafios epistemológicos da área da saúde coletiva, seguindo o rigor teórico metodológico e o compromisso no desenvolvimento do SUS. A segunda refere-se, sobretudo, aos princípios do sistema de seguridade universal como expressão de um pacto político que garanta estabilidade, justiça social e gestão democrática. A terceira dimensão destaca a crise global do capitalismo e seus impactos para a saúde e para o ambiente. Finalmente, a quarta dimensão estrutura-se em torno do debate sobre as vulnerabilidades étnica, racial, religiosa, de gênero, as deficiências físicas e mentais e sobre a inovação a serviço das necessidades dos cidadãos.

Assim como o 8º Congresso, em 2006, este 9º contou com a presença do presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, acompanhado do governador de Pernambuco, Eduardo Campos, e da ministra da Casa Civil, Dilma Rousseff. Lula declarou aos congressistas: "Todos aqui sabem que a Abrasco veio fortalecendo o seu papel ao longo da década de 90, quando a maior preocupação na área da saúde era garantir as conquistas obtidas com a nova Constituição e assegurar a implementação do modelo de gestão em saúde definido pelo SUS".[1]

A plenária final do congresso aprovou a Carta de Olinda (Abrasco, 2009), que destacou:

> Lema do IX Congresso, o compromisso da inovação com o direito à saúde figurou com intensidade no debate, predominando a generosa ideia de que, em saúde, inovação é acesso. Não se pode conceber ciência, tecnologia e inovação apenas em relação a bens materiais. Inovações nas políticas de saúde, na organização e na produção de serviços são igualmente relevantes. Com efeito, pode-se considerar que a atenção primária à saúde é a mais importante inovação na nossa área das últimas décadas. Para isso será fundamental solucionar as debilidades da rede de serviços e avançar em sua estruturação e coordenação.

[1] Disponível em: <www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/2o-mandato/2009/2o-semestre/03-11-2009-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-durante-o-ix-congresso-brasileiro-de-saude-coletiva>. Acesso em: maio 2015.

1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Em 2010, a Abrasco realiza em Salvador (BA), nos dias 24 a 26 de agosto, o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Com o tema central "Caminhos e descaminhos da política de saúde brasileira", o congresso organizou seus debates em três eixos temáticos: A Saúde no Contexto das Políticas de Proteção Social e do Desenvolvimento; Sistemas de Saúde, Modelos Assistenciais e Gestão Pública; e Saúde Coletiva: desafios acadêmicos e políticos atuais da área de política, planejamento e gestão. Teve como propósitos, ao mesmo tempo, revelar uma visão de conjunto da robustez e da maturidade da produção científica da área e anunciar a urgência da definição de novos rumos para a política de saúde no país. A Carta de Salvador, aprovada pela plenária final do congresso, propõe uma agenda estratégica para a saúde no Brasil, considerando o ano eleitoral que se vivia. Essa agenda recomendava que o debate político contemplasse as seguintes questões:

> Propostas sérias sobre o financiamento da saúde exigem a explicitação de posições sobre a reforma tributária e sobre a regulação do setor privado, incluindo a questão dos subsídios públicos. A política de pessoal também precisa ser explicitada: como viabilizar a criação de carreiras de Estado para os trabalhadores da saúde? E quanto aos modelos de gestão pública: como assegurar a efetividade e a qualidade dos serviços, preservando o necessário caráter público da saúde? Que estratégias são adequadas para pôr em prática o princípio da integralidade? Que tipo de articulação buscar entre as políticas de saúde, de ciência e tecnologia e de indústria e comércio, a fim de proporcionar ao SUS os insumos necessários ao enfrentamento dos problemas de saúde dos brasileiros por um custo suportável pela sociedade? Como renovar e fortalecer a participação, respeitando a autonomia dos movimentos sociais? Considerando o que diz o artigo 3º da lei 8.080/90 sobre os determinantes e condicionantes do estado de saúde, como modificar a organização social e econômica do país no sentido de elevar os níveis de saúde da população? (Abrasco, 2010a)

1º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente

No mesmo ano 2010, nos dias 6 a 10 de dezembro, em Belém (PA), a Abrasco promove o 1º Simpósio Brasileiro de Saúde Ambiental (Sibsa), tendo como tema mais discutido o modelo de agricultura baseado no agronegócio, com grande concentração de terras e uso massivo de agrotóxicos. No fim do encontro, os participantes aprovam a Carta de Belém (Abrasco, 2010b), em que manifestam seu compromisso com uma ciência cidadã, que valoriza a participação social – especialmente das populações que têm sofrido o impacto de um modelo predatório de desenvolvimento econômico – no processo de produção de conhecimento. Além disso, no evento são aprovadas duas moções importantes: uma contra o uso de agrotóxicos na agricultura e a favor da adoção de um modelo de cultivo agroecológico; e outra que critica a tentativa de elevação do limite máximo, legalmente aceitável, do agrotóxico Glifosato na água potável, em portaria n. 2.914/2011 do Ministério da Saúde.

5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

Em 2011, a Abrasco promove o 5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado de 17 a 20 de abril em São Paulo (SP), tendo como tema central "O lugar das ciências sociais e humanas no campo da saúde coletiva". São debatidos teorias e métodos acerca de questões como o aceleramento dos processos de individualização, os inéditos arranjos familiares e grupais, a intensificação da personificação do presente, as novas tecnologias e modos de comunicação e as redes de relacionamento que podem ser sutis mecanismos de controle social.

Em especial, o congresso busca refletir sobre a forma como as instituições de saúde gerenciam conflitos sociais, desigualdades, pobreza e exclusão social e sustentabilidade ambiental. Essas discussões e reflexões são organizadas em cinco eixos temáticos: 1) Abordagens Teórico-Metodológicas da Relação Saúde, Cultura e Sociedade; 2) Interpretações de Conjunturas Político-Econômico-Sociais Contemporâneas: Estado, instituições e políticas públicas; 3) Ética e Bioética na Perspectiva das Ciências Sociais e Humanas em Saúde; 4) Usos e Abusos das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: reflexões críticas sobre ciência, saber e tecnologia; 5) Sociedade Civil, Movimentos Sociais e Saúde.

8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

Com o tema central "Epidemiologia e as políticas públicas de saúde", a 8ª edição do Congresso Brasileiro de Epidemiologia, ocorrida em São Paulo no período de 12 a 16 de novembro de 2011, parte da constatação de que a moderna epidemiologia brasileira se caracteriza por uma dupla inserção na abordagem do processo saúde-doença: como produtora de conhecimentos e como subsidiária das atividades da prestação de serviços em saúde. O congresso propõe, então, atualizar e rever contribuições da disciplina sobre distintas questões de saúde, em especial aquelas relacionadas às desigualdades/iniquidades em saúde, às explicações causais do processo saúde-doença, à vigilância epidemiológica, aos aspectos regulatórios próprios da vigilância sanitária, aos processos de avaliação e incorporação de tecnologias envolvendo usuários do sistema de saúde, pesquisadores, profissionais da saúde, gestores e outros agentes do complexo industrial da saúde.

Nesse congresso, é criada a TV Abrasco (<www.youtube.com/tvabrasco>), que permite a cobertura ampla e em tempo real do próprio evento, bem como registros e entrevistas com acompanhamento jornalístico de suas atividades e realizações de vídeos exclusivos sobre alguns dos temas principais do congresso. Vale destacar as matérias sobre vírus H1N1, dengue, saúde do idoso, vacina contra HPV e câncer de colo de útero. O uso de instrumentos pelas redes sociais como Twitter e Facebook contribui para maior divulgação das atividades do congresso e da associação.

Congresso Mundial de Nutrição/World Nutrition Rio 2012

De 27 a 30 de abril de 2012, o Congresso Mundial de Nutrição (World Nutrition Rio 2012 – WNRio2012) é realizado pela Abrasco em parceria com a World Public Health Nutrition Association (WPHNA) e com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). O WNRio2012 foi o primeiro congresso de nutrição independente, realizado sem participação ou apoio da indústria de alimentos. Com base em seu tema central, "Conhecimento, política e ação", o congresso foi estruturado em seis grandes eixos: 1) sistemas alimentares equitativos e diversidade alimentar; 2) meio ambiente e segurança alimentar e nutricional para todos; 3) determinantes e ameaças à saúde; 4) políticas de alimentação e nutrição; 5) estratégias e intervenções bem-sucedidas; 6) natureza e fortalecimento da nutrição em saúde pública. O WNRio2012 promove um amplo debate sobre os macrodeterminantes da alimentação e da nutrição, as respostas do poder público para as questões da agenda de alimentação e nutrição e as experiências de atuação da sociedade civil.

Sem dúvida, um dos marcos de destaque desse evento foi o lançamento do Dossiê Abrasco: impacto dos agrotóxicos na saúde, que reúne evidências científicas e relatos de vivências de pessoas afetadas pelo uso dos agrotóxicos(<http://abrasco.org.br/dossieagrotoxicos>).

No término do WNRio2012, foi aprovada a Declaração do Rio (Rio 2012 Declaration – Public Health and Nutrition in the 21st Century), que destaca:

> A better world is possible. In such a world there will be increased safety, equity, justice, conviviality, cooperation, peace and fellowship, better protection of human rights especially of women, children and vulnerable populations, and a more balanced and sustainable relationship with the environment. These benefits are all aspects of or preconditions for human health and well-being. They are also desirable or necessary for the sustained continuation of life on Earth (WPHNA, 2012).[2]

10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

A Abrasco realiza o seu 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Porto Alegre (RS), no período de 14 a 18 de novembro de 2012 (<www.saudecoletiva2012.com.br>). Este congresso expressa a diversidade e a criatividade da produção científica e técnica da academia e dos serviços de saúde, assim como do saber das comunidades e dos movimentos sociais de distintos espaços. A aliança histórica da saúde coletiva na defesa do SUS e da cidadania brasileira esteve pautada desde o período preparatório do evento, cuja construção foi participativa e coletiva, envolvendo os grupos temáticos (GTs), comissões e fóruns da

[2] "Um mundo melhor é possível. Nesse mundo, haverá mais segurança, equidade, justiça, convivialidade, cooperação, paz e companheirismo, mais proteção dos direitos humanos, especialmente de mulheres, crianças e populações vulneráveis, e uma relação mais equilibrada e sustentável com o meio ambiente. Todos esses benefícios são aspectos ou pré-condições para a saúde e o bem-estar humano. São também desejáveis ou necessários para a continuidade da vida na Terra" (tradução nossa).

associação, além de outras instituições comprometidas com a saúde como componente do desenvolvimento. Com o tema central "Saúde é desenvolvimento: ciência para a cidadania", o evento contou com a participação de 6.432 congressistas, reunindo docentes, pesquisadores, gestores, profissionais da saúde, movimentos sociais, lideranças da saúde coletiva, nacionais e internacionais, e todos aqueles interessados no debate, na reflexão e no enfrentamento dos desafios teóricos e práticos do campo. Nessa edição se destacou a criação de nova categoria de trabalhos, a Abrasco Jovem, destinada especificamente a contemplar a apresentação de estudos conduzidos por estudantes de graduação e pós-graduação.

2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Com o tema "Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível", a segunda edição do Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde ocorreu nos dias 1º a 3 de outubro de 2013, em Belo Horizonte (MG). Seu propósito foi aprofundar a discussão sobre a conjuntura internacional, nacional e setorial, bem como apresentar o estado da arte da produção acadêmica nas áreas de política, planejamento e gestão em saúde, com o objetivo de contribuir para a reconstrução – com base no ethos público – da agenda política para o sistema de saúde brasileiro. No contexto político desse ano, o congresso representou um espaço privilegiado de reflexão, diálogo, protesto e construção de propostas e iniciativas. Desse modo, incluiu, em suas atividades, um manifesto contra a indicação para cargos públicos de pessoas com conflitos de interesse, assim como o apoio ao Movimento Saúde+10, que reivindicava elevar o orçamento federal da saúde para 10% do total das receitas brutas da União. A preparação do congresso incluiu a realização do Seminário da Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde, em Salvador (BA), nos dias 12 e 13 de junho de 2013.

6º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária

O 6ª Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa) foi realizado de 26 a 30 de outubro de 2013, em Porto Alegre (RS), afirmando-se como espaço de estímulo à produção científica e de diálogo entre os diferentes atores sociais com interesse na área da vigilância sanitária. Com o tema "Vigilância sanitária, desenvolvimento e inclusão: dilemas da regulação e da proteção à saúde", o evento abordou as tensões entre as atividades regulatórias relativas à saúde e o modelo de desenvolvimento hegemônico, não só no Brasil mas na maioria dos países, em especial das Américas. Assim, vale destacar a realização concomitante do 2º Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária. As discussões envolveram as políticas de investimento governamental em ciência, tecnologia e inovação e o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, assim como a responsabilidade do SUS de não apenas prover serviços, mas também de formular políticas saudáveis e organizar o sistema de saúde para implementar práticas efetivas para a proteção da vida.

6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

De 13 a 17 de novembro de 2013, no Rio de Janeiro, foi realizado o 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Com o tema central "Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da saúde coletiva", o evento procurou estimular o debate e a reflexão acerca dos desafios teóricos e práticos apresentados para a área no contexto contemporâneo. Esse tema expressa, por um lado, a intenção de promover o diálogo e, por outro, a compreensão de que modos diversos de apreensão dos fenômenos do campo da saúde coletiva se articulam com práticas igualmente diversas, constituindo um espaço plural e fértil do ponto de vista tanto da produção de conhecimentos quanto da realização das intervenções. Um aspecto a ser destacado foi a realização do Projeto Memória: 30 anos da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco, que incluiu uma exposição com materiais iconográficos das cinco primeiras edições do congresso – Curitiba (PR), 1995; São Paulo (SP), 1999; Florianópolis (SC), 2005; Salvador (BA), 2007; e São Paulo (SP), 2011.

Encontro Científico sobre a Formação Profissional em Saúde e o Ensino da Saúde Coletiva

De 6 a 10 de maio de 2014, em Porto Seguro (BA), a Abrasco promoveu, em parceira com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba) e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), um seminário para discutir a formação profissional em saúde e o ensino da saúde coletiva, que contemplou ainda oficinas de trabalho para a formulação dos projetos pedagógicos dos cursos de saúde da UFSB. O ponto de partida das discussões foi dado pelo ministro da Saúde, Arthur Chioro, que, depois de assinalar as importantes conquistas do SUS, admitiu: "se tem uma área que estamos devendo é a política de formação e do trabalho em saúde, que apesar de estar na [lei n.] 8.080, não fizemos" (Abrasco, 2014b). Ao término, os participantes aprovaram a Carta de Porto Seguro (Abrasco, 2014a), que destaca a importância do multiprofissionalismo e da interdisciplinaridade, e a necessidade de todos os espaços de produção de cuidados de saúde serem, simultaneamente, espaços de formação e de educação permanente.

9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

Realizado em Vitória (ES), no período de 7 a 10 de setembro de 2014, o 9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia teve como tema central "As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação", dividido em cinco eixos: 1) Abordagens Teóricas; 2) Avanços Metodológicos; 3) Contribuições da Epidemiologia para as Políticas de Saúde; 4) Diálogo entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais e Humanas; e 5) O Perfil Epidemiológico Brasileiro. As discussões englobaram o papel da disciplina como geradora de conhecimentos científicos que podem subsidiar a formulação de políticas públicas e a adoção

de hábitos saudáveis pela população. A participação da epidemiologia no planejamento, na execução e na avaliação de políticas contribui tanto para os serviços de saúde quanto para a própria produção do conhecimento original. Nesse sentido, é preciso avançar nas práticas de pesquisa e ensino, mas também na tradução do conhecimento para a ação, com o intuito de contribuir para qualificar as políticas e os programas de saúde.

Seminário 20 Anos de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil

Realizado pela Abrasco em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e o Conselho Nacional de Saúde, nos dias 18 e 19 de setembro de 2014, o Seminário 20 Anos de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil teve o duplo objetivo de fazer um balanço dos últimos vinte anos e pensar o futuro, identificando as condições de estruturação de um complexo produtivo com capacidade de prover os insumos que a atenção à população brasileira requer. As discussões evidenciaram que o Brasil avançou na área da ciência, tecnologia e inovação (CT&I) em saúde, desenvolvendo uma política nacional, mas ainda tem grandes desafios a vencer, inclusive consolidar a política de CT&I.

No evento, o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, foi muito claro: "o momento exige a criação de uma coalizão estratégica na defesa e na ampliação dessa visão política, que não está ganha dentro da estrutura do Estado brasileiro, mas que é a única com possibilidade de capacitar o Sistema Único de Saúde e garantir a autonomia brasileira" (Abrasco, 2014c).

2º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente

O 2º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente (Sibsa) ocorreu de 19 a 22 de outubro de 2014, em Belo Horizonte (MG), com o tema central "Desenvolvimento, conflitos territoriais e saúde: ciência e movimentos sociais para a justiça ambiental nas políticas públicas". Com o objetivo de propiciar o diálogo entre as comunidades de pesquisadores, acadêmicos, gestores, profissionais da saúde e movimentos sociais em torno dos conflitos territoriais em curso no país, seus desafios e alternativas para a garantia do direito à saúde e da justiça ambiental – na perspectiva da ciência, das políticas públicas e da ação política da sociedade –, o 2º Sibsa proporcionou o compartilhamento de diferentes saberes, dos movimentos sociais e da academia, com uma posição ideológica e política claramente assumida em defesa da justiça ambiental.

Um dos marcos desse evento foi congregar nas suas atividades representantes de movimentos sociais, ao considerar que o fenômeno ambiental brasileiro deve ser devidamente contextualizado na cultura popular. Trata-se de uma estratégia para superar o comportamento jurídico-institucional autoritário, clientelista e excludente que ainda marca a sociedade brasileira.

Seminário “A gestão da saúde no Brasil”

Em 2015, nos dias 11 e 12 de março, a Abrasco e o Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getulio Vargas de São Paulo realizaram o seminário “A gestão da saúde no Brasil”. Aberto com a conferência “Democracia, Estado social e reforma gerencial”, de Luiz Carlos Bresser Pereira, o evento põe em pauta os desafios atuais da gestão pública, a relação entre o público e o privado na gestão da saúde, as diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS e a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil. Contando com a participação de representantes dos setores público e privado e a apresentação de distintas experiências de terceirização, o seminário deixa evidentes as divergências ideológicas existentes no campo, mas demonstra que é possível e significativo estabelecer diálogos mediante argumentos embasados em teorias e experiências concretas.

Atividades das comissões, dos grupos temáticos e dos fóruns da Abrasco

Além dos encontros científicos, as atividades das quatro comissões – Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão em Saúde; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Ciência e Tecnologia –, dos 16 GTs e dos dois fóruns – Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-Graduação em Saúde e Fórum de Graduação em Saúde Coletiva – são muito importantes para o fortalecimento do campo científico da saúde coletiva.

As comissões e os grupos articulam entre si os pesquisadores de temas afins para troca de ideias e informações e mesmo para a realização de projetos de pesquisa em comum. Além disso, comissões de Epidemiologia, de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, de Ciências Sociais e Humanas em Saúde se responsabilizam pelos respectivos congressos, assim como o GT Vigilância Sanitária organiza o Simbravisa, e o Saúde e Ambiente organiza o Sibsa.

Nessa perspectiva, destacam-se no período: a inauguração dos congressos de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (2010 e 2013) e dos simpósios de Saúde e Ambiente (2010 e 2014); e a criação de três GTs – Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde (2006), Bioética (2012) e Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares (2013) – que vêm se juntar aos já existentes – Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva, Comunicação em Saúde, Educação Popular em Saúde, Gênero e Saúde, Informações em Saúde e População, Promoção da Saúde, Saúde e Ambiente, Saúde Bucal Coletiva, Saúde Indígena, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Trabalho e Educação em Saúde e Vigilância Sanitária. De modo geral, todas as comissões e todos os grupos são bastante atuantes.

No âmbito das comissões, ressalta-se a formação de redes de pesquisa. Como instituição, a Abrasco teve uma participação fundamental na constituição da Rede Nacional de Pesquisa sobre Políticas de Saúde, formada pelos grupos de pesquisa que tiveram seus

projetos aprovados em edital conjunto da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Em relação aos grupos, podem ser citados como destaques do período: a atuação do GT Alimentação e Nutrição na organização do World Nutrition Rio 2012; a do GT Educação Popular em Saúde na organização das tendas Paulo Freire durante vários congressos da Abrasco; a do GT Gênero e Saúde no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; a do GT Informações em Saúde e População na elaboração do Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde; a do GT Saúde e Ambiente na organização dos Sibsas; a do GT Saúde Indígena na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; a do GT Trabalho e Educação em Saúde no apoio à estruturação dos cursos de graduação em saúde coletiva; e a do GT Vigilância Sanitária na organização dos Simbravisas.

Muito interessante é o surgimento da articulação intergrupos temáticos Diálogos e Convergências – reunindo os grupos de Saúde e Ambiente, Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador –, que se constitui em torno da elaboração do Dossiê Abrasco: impacto dos agrotóxicos na saúde.

Outro destaque do período é a constituição do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva. A rigor, a discussão sobre a necessidade e a oportunidade da oferta de cursos de graduação para a formação de sanitaristas no âmbito do bacharelado data de meados da década de 1990, mas somente em 2008 são criados os primeiros cursos. Naquele ano, realizam-se três reuniões nacionais de professores e estudantes dos cursos de graduação em saúde coletiva: em Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre. Em 2009, ocorre uma nova reunião nacional, durante o 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, quando a associação assume o compromisso de criar, na sua estrutura organizativa, o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, como espaço de articulação dos cursos. Finalmente, em 2010, durante o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, é formalizada a criação do fórum e eleita sua primeira coordenação.

Existente desde 1996, o Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-Graduação teve uma atuação importante no período recente, conseguindo aglutinar aos mais antigos os vários novos programas de pós-graduação criados a partir de 2006. Ressalta-se o fato de a saúde coletiva contar, em março de 2015, com 79 programas e 109 cursos de pós-graduação (doutorados, mestrados acadêmicos e mestrados profissionais) reconhecidos pelo Ministério da Educação, dos quais quatro programas – do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba, do Instituto de Medicina Social da Uerj, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (RS) – com a nota máxima de avaliação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). O Fórum de Pós-Graduação tem sido bastante ativo na discussão sobre os critérios e os procedimentos de avaliação dos programas pela Capes, assim

como tem propiciado um importante espaço de compartilhamento de experiências que vem sendo útil tanto para os novos programas quanto para os mais antigos.

Merece ainda destaque a articulação, em 2010, da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS), que se deu a partir de iniciativa conjunta da Abrasco e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com o objetivo de ser um canal de comunicação entre pesquisadores, profissionais, usuários e gestores da APS. Por meio desse canal, busca-se estimular a utilização dos resultados em pesquisa para qualificar a gestão da atenção básica e potencializar a produção de conhecimento. Em 2015, a Rede APS tem 5.071 membros individuais formalmente cadastrados e conta com o apoio de diversas instituições: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno) e Associação Brasileira de Educação Médica (Abem).

Laços com as associações internacionais da área da saúde coletiva/pública

O fortalecimento científico da saúde coletiva, no período de 2006 a 2015, contou ainda com o estreitamento de laços da Abrasco com entidades internacionais. Sem dúvida, a realização do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, promovido pela Federação Mundial das Associações de Saúde Pública, em conjunto com o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, em 2006, foi a iniciativa de maior envergadura no âmbito da articulação internacional da instituição. Nos anos seguintes, a atuação internacional continuou importante.

Em 2009, a associação teve um papel de destaque no apoio à organização do 12º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado em Istambul (Turquia), promovido pela Associação Turca de Saúde Pública e pela Federação Mundial de Associações de Saúde Pública, então presidida por Paulo Buss. Em 2012, o então presidente da Abrasco, Luiz Augusto Facchini, representou a entidade no 13º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado em Adis Abeba (Etiópia), passando a compor o Conselho Diretor da Federação Mundial. Em 2015, Luis Eugenio de Souza, como presidente, Lígia Bahia, como membro do Policy Commitee da Federação Mundial, e Carlos Silva, como secretário-executivo, representaram a Abrasco no 14º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado em Kolkata (Índia).

A Abrasco reúne o que internacionalmente é dividido entre duas entidades: de saúde pública e de ensino em saúde pública. Em duas reuniões sucessivas, da Associação Europeia de Saúde Pública (2008, em Lisboa) e da Federação Internacional de Associações de Saúde Pública (2009, em Istambul), o então presidente da Abrasco, José da Rocha

Carvalheiro, defendeu a ideia de que, no caso da instituição, além de atuar na advocacy, ela participa no processo de formação dos gestores em saúde, elementos essenciais para formular e executar políticas.

De 2011 a 2014, um brasileiro, Cesar Victora, presidiu a Associação Internacional de Epidemiologia, o que favoreceu a aproximação com a Abrasco, materializada na possibilidade de filiação conjunta e na significativa participação da delegação brasileira no 20º Congresso Mundial de Epidemiologia, realizado em Anchorage (Alasca) em 2014.

Na região das Américas, a Abrasco desenvolveu algumas iniciativas visando a aproximar as associações de saúde coletiva/pública. Notadamente, os laços se estreitaram com a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames), cujos dirigentes têm participado, regularmente, dos congressos da entidade. Além disso, a Abrasco promoveu, em Porto Alegre, em 2011, o 1º Encontro Latino-Americano de Entidades de Saúde Publica, que teve uma segunda edição, também em Porto Alegre, em 2013. E em 2015 participou da constituição, proposta pela Federação Mundial de Associações de Saúde Pública, da Aliança de Associações de Saúde Pública da Região das Américas, em reunião ocorrida em Cuba, no âmbito da Convenção Internacional de Saúde (Cuba Salud 2015).

Atuação da Abrasco no âmbito dos órgãos governamentais envolvidos com C&T

Sempre visando ao fortalecimento da saúde coletiva, a Abrasco tem atuado, ao longo dos seus 35 anos, no âmbito da Capes, do Ministério da Educação, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

No caso da Capes, a representação da área vem mantendo relações estreitas com o Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, de modo que o processo de avaliação dos programas é amplamente discutido. Mais recentemente, a partir de 2008, a representação da saúde coletiva na Capes tem ocupado importantes espaços. Com efeito, a presidente da Abrasco (1996-2000) e representante da área na entidade (2008-2014) Rita Barradas Barata ocupou um lugar no Conselho Técnico Científico da Educação Superior (CTC-ES) de 2008 a 2014 e é membro do Conselho Superior, como representante do CTC-ES (2011-2014) e da comunidade acadêmica (2014-2017). Se, por um lado, essa ocupação de espaços decorre, fundamentalmente, da competência e da dedicação de Rita Barata, por outro representa também um reconhecimento da importância da saúde coletiva.

No caso do CNPq, a saúde coletiva divide com a nutrição a composição de um Comitê Assessor (CA). O comitê é formado por pessoas escolhidas pelo Conselho Deliberativo do órgão, após uma consulta a todos os pesquisadores nível 1 da área. A cada renovação do CA, a diretoria da Abrasco discute internamente e com os coordenadores de programas

de pós-graduação e apresenta os nomes sugeridos nessa discussão aos pesquisadores nível 1. Os CAs desempenham um papel importante na avaliação de projetos de pesquisa que concorrem pelo apoio financeiro do CNPq, via editais, e no julgamento dos pedidos de bolsa de produtividade. A Abrasco vem insistindo na necessidade de ampliar o número de bolsas, dada a expansão da área. Contudo, alegando restrições orçamentárias, o CNPq tem negado essa demanda.

Em 2013, o CNPq modificou a composição do CA de Saúde Coletiva e Nutrição, ampliando de dois para três o número de pesquisadores da nutrição e reduzindo de cinco para quatro o de representantes da saúde coletiva. Argumentou-se que a quantidade de projetos da área da nutrição, submetidos ao edital universal da Capes, tinha crescido a ponto de superar a proporção de dois para cinco. A Abrasco se insurgiu contra essa decisão, mostrando que, embora em uma eventual edição do edital a proporção de projetos da nutrição tenha aumentado, a diferença entre os volumes de produção científica das duas áreas havia se modificado no sentido oposto. Apesar de várias tentativas com a direção do CNPq, a associação não logrou reverter a situação, nem avançar o debate sobre a separação em dois comitês, o que seria a solução desejável pelas duas áreas de conhecimento.

A atuação da Abrasco no âmbito da Capes e do CNPq foi objeto de um interessante debate, em novembro de 2011, no 1º Fórum Interinstitucional de Avaliação da Produção Científica da Saúde Coletiva, realizado em São Paulo. Desse debate, que contou com a participação da representação da área na Capes e de membros do CA-CNPq, saiu uma série de sugestões relativas à avaliação dos programas de pós-graduação e ao processo de concessão de bolsas de produtividade pelo CNPq.

Além da Capes e do CNPq, a Abrasco mantém estreitas relações com o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde, sobretudo depois da sua incorporação, em 2003, à recém-criada Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. A Comissão de Ciência e Tecnologia da Abrasco foi bastante relevante na discussão que resultou na elaboração da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, ambas aprovadas, em 2004, na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. No período mais recente, destaca-se a atuação da Abrasco na discussão de editais que resultaram na criação de redes de pesquisa, notadamente na Rede Nacional de Pesquisa sobre Políticas de Saúde, formada em 2013.

Revistas científicas

As revistas especializadas são os principais instrumentos de disseminação do conhecimento científico. Para divulgar a produção e fortalecer a saúde coletiva, a Abrasco criou em 1996 Ciência & Saúde Coletiva, e em 1998 a Revista Brasileira de Epidemiologia, que continuaram crescendo e amadurecendo no período, conforme se pode ver em outros capítulos deste livro.

Aqui, registram-se apenas duas iniciativas recentes da direção da associação, visando a fortalecer as suas publicações. A primeira alude ao processo de renovação das comissões editoriais das revistas; a segunda, ainda em curso em 2015, refere-se a um projeto de sustentação financeira não apenas das revistas da Abrasco, mas de todas as brasileiras da área da saúde coletiva.

Em razão da expansão e da diversificação do campo científico, a direção da Abrasco iniciou, em 2010, um processo de atualização de seu estatuto e elaboração de seu regimento. Nesse processo, um tratamento especial foi dado à condução das revistas. Em primeiro lugar, reafirmou-se a importância de se assegurar a continuidade da independência editorial, para que o mérito científico, julgado pelos pares, fosse o único critério decisório sobre o que se publicar ou não. Em segundo, optou-se por estabelecer um novo procedimento de escolha dos editores científicos – como adotado por revistas internacionais de grande prestígio – baseado no convite, via edital, a pesquisadores que se disponham a ser editores. As propostas apresentadas pelos candidatos são julgadas por uma pequena comissão de renomados cientistas da área, indicada pela diretoria da associação. Uma delas é selecionada, e autor é escolhido para a função de editor, com mandato de seis anos, renovável uma vez.

Este novo procedimento foi posto em prática em 2013, para a definição do editor da Revista Brasileira de Epidemiologia, que contava, então, apenas com uma editora adjunta, pois o antigo editor havia se afastado. Aberto o edital e formada a comissão de seleção pelos epidemiologistas Maurício Barreto, Cesar Victora e José Carvalheiro, apresentaram-se duas candidaturas. Analisando as propostas, a comissão as considerou complementares e optou por recomendar que se estabelecesse uma editoria dupla, com a participação dos dois candidatos. A sugestão foi acatada pela diretoria, e a Revista Brasileira de Epidemiologia passou a ser dirigida por Moisés Goldbaum e Mário Vettore, além de continuar contando com a colaboração da editora adjunta Márcia Furquim. No caso de Ciência & Saúde Coletiva, competentemente dirigida por Maria Cecília Minayo e Romeu Gomes, considerou-se que ambos deveriam cumprir o mandato de seis anos antes que se passasse ao processo de renovação de seus mandatos ou de escolha de novos editores.

A segunda iniciativa – que trata, sobretudo, da sustentação financeira das revistas – surgiu e foi amadurecida em reuniões do Fórum de Editores de Revistas Brasileiras de Saúde Coletiva nos anos de 2012 e 2013. Estimulada pelo secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde no período 2011-2013, Luiz Odorico de Andrade Monteiro, a iniciativa contou com o apoio da SciELO (Scientific Electronic Library Online), que, por meio de seu diretor, Abel Packer, apresentou um projeto para fortalecer a profissionalização, a internacionalização e a sustentabilidade dos periódicos brasileiros de saúde coletiva com o estabelecimento e a operação de uma cooperativa de editoração e publicação científica. Na prática, uma série de obstáculos burocráticos dificultou a operacionalização do projeto, o qual, contudo, em 2015 continua em negociações.

Agência de acreditação pedagógica dos cursos de pós-graduação *lato sensu*

No campo da saúde coletiva, ao longo dos anos 1980 e 1990, principalmente, os cursos de especialização foram muito importantes para a formação de sanitaristas para os serviços de saúde. Não apenas as universidades ou o Ministério da Saúde, por meio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fiocruz, mas também diversas secretarias estaduais de Saúde ofereciam tais cursos. Aos poucos, com a municipalização da gestão da saúde e a criação dos mestrados profissionais pelas universidades, a oferta de cursos de especialização tornou-se irregular e fragmentada em diferentes cursos dedicados a subespecialidades da saúde coletiva, embora a Ensp e algumas escolas estaduais de saúde pública tenham permanecido bastante ativas na oferta de cursos de especialização nessa área.

Organizadas em rede desde 2008, essas escolas decidiram criar um sistema de acreditação, coordenado por uma agência de acreditação pedagógica dos cursos de pós-graduação lato sensu em saúde pública, com o objetivo de contribuir para melhorar a qualidade dos cursos no Brasil. A Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, por meio de sua secretaria-executiva, liderada por Tânia Celeste Matos Nunes, propôs que a Abrasco abrigasse essa agência.

Entendendo que as escolas de saúde pública, que são mais de quarenta no país, têm um papel relevante a cumprir na formação de pessoal para o SUS, carente ainda de profissionais qualificados em saúde coletiva/pública, a associação acolheu a proposta e passou a colaborar na constituição da agência, finalmente lançada em 23 de setembro de 2014, durante a solenidade que marcou a passagem dos 35 anos de fundação da Abrasco.

A Luta pela Democratização da Saúde

A Abrasco mantém, no período em tela, a forte atuação política que sempre a caracterizou, em prol de um sistema de saúde universal e igualitário. No seu Boletim Abrasco n. 95, de dezembro de 2005, publica um manifesto, intitulado "Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros", também assinado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), pela Rede Unida e pela Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), a favor da aprovação da emenda constitucional n. 29 (EC-29) e da ampliação de recursos no orçamento da saúde em 2006. O manifesto tinha sido lançado em 23 de novembro, em ato público realizado na Câmara dos Deputados. Além de reivindicar mais recursos, o documento denuncia que:

> A atual mística da "aceleração da economia" simplesmente produz e concentra mais riqueza para uma elite, a qual não ultrapassa 2% da população e que explora outra mística, a de que o controle da explosão inflacionária só é possível com os atuais juros e superávit primário, quando

> já existem (em andamento) em outros países alternativas de controle, com juros muito menores que os atuais, o que viabilizaria melhor distribuição de renda, menor subordinação/dependência à especulação financeira/humores dos investidores e a construção de desenvolvimento sustentável com políticas públicas voltadas às necessidades e direitos básicos da população. A política econômica que nos últimos 15 anos vem construindo as políticas sociais reais, que se distanciam das necessidades e direitos da sociedade e da nação, é caracteristicamente uma política de Estado que vem atravessando todos os governos, seus programas e composições partidárias. (Abrasco, 2005)

O ano 2006, para a Abrasco, é marcado pela realização do seu 8º Congresso, em conjunto com o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública. Aprova-se, então, a já mencionada Declaração do Rio, que destaca a importância da solidariedade e da responsabilidade globais para garantir a dignidade de todo ser humano e superar as desigualdades sociais.

No que toca ao cenário nacional, em entrevista publicada no Boletim Abrasco n. 97, de 2006, o então presidente da associação, Paulo Gadelha, assinala que a atuação do movimento da Reforma Sanitária, desde os anos 1990, podia ser caracterizada pela ocupação de espaços no aparato do Estado, visando a construir concretamente aquilo que tinha sido aprovado na Constituição. Para ele, ainda que necessária e rica, essa experiência significa um comprometimento do processo de politização, da capacidade de conquistar novos setores e criar movimentos sociais fortes, o que acaba por ter reflexos negativos na disputa política, no âmbito da sociedade, em torno da implantação do SUS.

Em 19 de março de 2007, toma posse como ministro da Saúde José Gomes Temporão, reconhecido militante da Reforma Sanitária brasileira. A Abrasco intitula o editorial de seu Boletim n. 98, publicado em abril, de "Ânimo renovado" (Abrasco, 2007a), considerando que a posse de Temporão fortalece o processo de mudanças necessárias nos rumos da saúde. Reconhece, entretanto, que "em um país repleto de desigualdades, com interesses privados tão fortemente entranhados no Estado, não bastam o esforço e as boas intenções de muitos".

Em outubro do mesmo ano, a insuficiência das boas intenções e do esforço de muitos torna-se evidente: a Câmara dos Deputados aprova e encaminha ao Senado o projeto de lei n. 001/2003, que regulamenta a EC-29, sem definir a despesa mínima federal em 10% das receitas correntes brutas, mas mantendo o cálculo do orçamento da saúde com base na variação nominal do PIB do ano anterior.

Assim, no fim de 2007, o Boletim Abrasco n. 99 adota um tom menos animado, manifestando a preocupação da entidade com o processo e os resultados da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Apesar de contar com grande participação, com delegados de 80% dos municípios brasileiros, a conferência não prioriza a questão do subfinanciamento, mas se concentra na descriminalização do aborto e na fundação estatal de direito privado, ficando caracterizada pela fragmentação de demandas, expressa em um rol de mais de mil proposições aprovadas. A associação considera, então, que: "É urgente definir estratégias para reestruturar e tornar mais efetivas as próximas edições da Conferência Nacional de Saúde que garantam

melhor distribuição do tempo para o debate em torno dos problemas e determinantes da saúde e qualidade de vida dos brasileiros" (Abrasco, 2007b).

Nesse sentido, não teve o efeito almejado pela associação o esforço que fez, por meio de sua Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, para contribuir com os debates, lançando um número especial de Ciência & Saúde Coletiva com teses para a 13ª Conferência Nacional de Saúde. "Saúde é desenvolvimento" era o eixo central das teses propostas, representando uma síntese da ideia de que a garantia da saúde para todos só é possível dentro de um projeto nacional de desenvolvimento inclusivo, soberano e sustentável.

Realizado ainda em julho de 2007, o 4º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde já tinha revelado, de certo modo, as dificuldades de articulação entre a produção acadêmica da saúde coletiva e a formulação de proposições pelos movimentos sociais em saúde, mostrando que não decorrem apenas de fragilidades dos movimentos populares, mas também de certo distanciamento dos pesquisadores. Com efeito, na plenária final, é aprovada uma moção que critica a organização dos congressos da Abrasco: "o acesso elitizado e excludente à discussão, reflexão e construção do sistema de saúde brasileiro, a falta de espaços de debates nas mesas e conferências, o desprezo pelos trabalhos aprovados como pôsteres, a ausência de participação dos Movimentos Sociais e Populares" (Abrasco, 2007).

Em 2008, comemoram-se os vinte anos da criação do SUS pela Constituição brasileira. Os dois maiores eventos realizados pela Abrasco nesse ano – o 8º Congresso de Epidemiologia e o 4º Simpósio de Vigilância Sanitária – destacam, em suas declarações finais, os avanços e as conquistas do SUS, por um lado, e as fragilidades e os desafios, por outro. A questão do subfinanciamento e a necessidade de regulamentação da EC-29 são destacadas, assim como a importância da atuação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde. A Abrasco manifesta ainda sua preocupação com a agenda regulatória da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que parecia se deslocar da "função precípua de proteção da saúde para um modelo regulatório voltado à proteção dos mercados, paradoxalmente, em detrimento da proteção das pessoas" (Abrasco, 2008).

No ano seguinte, 2009, realiza-se o 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que aprova a Carta de Olinda, em que a Abrasco identifica os impactos negativos da crise econômica mundial – pauperização, destruição da natureza e danos à qualidade de vida e saúde de todos – e ressalta a urgência de um novo modelo de produção e distribuição de riquezas. Reconhece que o Brasil logrou avanços sociais importantes "com o aumento das coberturas previdenciárias, com os programas de transferência de renda e com a expansão da atenção primária através do Programa de Saúde da Família, entre outras conquistas do SUS" (Abrasco, 2009), mas admite que está longe de ter saldado a dívida social para com a maioria do povo. Recomenda, em consequência, a retomada da luta pela saúde, "na perspectiva da luta pela democratização radical da sociedade, no sentido de assegurar

a qualidade de vida para todos, e não se confinar às estratégias de reformas institucionais para a prestação de serviços de saúde" (Abrasco, 2009).

Em 2010, há eleições gerais no Brasil, como ocorre ininterruptamente desde 1994. Em seu 1º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em agosto, a Abrasco aprova a Carta de Salvador, apresentando uma agenda para a saúde a ser discutida com a sociedade e os candidatos a presidente da República e a governador dos estados. Mediante debates com outras entidades do movimento da Reforma Sanitária, a Carta evolui para a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, que é entregue em mãos à presidente eleita, Dilma Rousseff, pelo então presidente da associação, Luiz Augusto Facchini. Nesse documento, expressa-se a preocupação com os rumos da política de saúde, mesmo considerando-se o contexto de crescimento econômico e melhoria na distribuição de renda:

> Os sinais sobre a via de integração e proteção social ainda não são suficientemente claros. Ora acena-se em direção aos modelos universalizantes, ora no sentido da adoção de políticas de saúde focalizadas, para quem não tem cobertura de planos e seguros privados de saúde. (...) O país vive uma nova conjuntura que fixa a perspectiva de mobilidade social conjugada à melhor distribuição da riqueza: taxas de crescimento econômico sustentadas, incremento dos empregos formais e uma elevada proporção da população economicamente ativa. Neste contexto, é imprescindível remover obstáculos estruturais à efetivação do SUS e da Reforma Sanitária brasileira. (Abrasco, 2010b)

Em 2011, a Abrasco continua agitando a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, conseguindo ampliar o leque de entidades signatárias com a adesão da Associação Brasileira de Enfermagem, da Associação Brasileira de Saúde Mental, do Conselho Federal de Medicina e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. O documento é entregue ao então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em um ato público realizado na Fiocruz, no Rio de Janeiro, e também aos deputados da Frente Parlamentar da Saúde, que se preparava para votar a regulamentação da EC-29. As cinco diretrizes da Agenda Estratégica são: 1) compatibilização entre a promoção da saúde e a preservação do meio ambiente, de um lado, e o crescimento econômico e o desenvolvimento social, de outro; 2) garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade; 3) ampliação dos investimentos em saúde, superando a insuficiência e a ineficiência; 4) melhoria da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde; 5) fortalecimento de um complexo econômico e industrial da saúde, orientado pelas prioridades da política de saúde.

Ainda em 2011, com a coordenação do Conselho Nacional de Saúde, a Abrasco participa de um movimento junto ao Congresso Nacional pela aprovação do projeto de lei que, regulamentando a EC-29, assegurava que a União destinaria, no mínimo, 10% de seu orçamento para a saúde. Infelizmente, a maioria dos parlamentares, obedecendo à orientação do governo, derrota o movimento social e aprova uma lei que pouco contribui para mudar o quadro de subfinanciamento do SUS.

Em 2012, na convocação dos associados para o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, a Abrasco reafirma que, apesar dos significativos avanços, o SUS está longe de ser

o que se propunha. Considera, contudo, que a retomada do crescimento econômico do país, associada a alguma redução de desigualdades, pode representar uma oportunidade histórica de avançar na consolidação de um sistema público, universal e igualitário. Para tanto, reitera a necessidade de articular as políticas sociais, incluindo a de saúde a um projeto de desenvolvimento nacional inclusivo, soberano e sustentável.

No documento final do 10º Congresso (Abrasco, 2012), a associação apresenta teses para o debate e a orientação da atuação acadêmica, técnica e política de seus afiliados, destacando que as políticas centradas no crescimento não estavam reduzindo a concentração da riqueza, nem detendo a mercantilização e a privatização das políticas sociais. Identifica a urgência, portanto, de se fortalecerem o planejamento democrático e a atuação estatal, o que exige, entre outros esforços, investimento na implantação de carreiras públicas e em atividades de educação permanente dos servidores. Por fim, a Abrasco ressalta a necessidade de se viabilizarem sistemas integrados de serviços de saúde, com qualidade suficiente para atrair as classes trabalhadoras em ascensão social, assegurando ao SUS uma sólida base social.

Nesse mesmo ano 2012, a questão da sustentabilidade ambiental vis-à-vis ao modelo vigente de desenvolvimento econômico entra com força na agenda da Abrasco, fundamentalmente, em razão da articulação intergrupos temáticos Diálogos e Convergências, promovida pelos GTs já mencionados anteriormente, que resultou na elaboração do Dossiê Abrasco: impacto dos agrotóxicos na saúde.

Logo no início de 2013, a Abrasco contribui para evitar um grave retrocesso no SUS, quando grupos empresariais da saúde suplementar tentam convencer o governo federal da pertinência de se concederem mais subsídios públicos para permitir que as pessoas utilizem, sem pagar diretamente ou pagando menos, os serviços privados de saúde. Um artigo publicado no jornal Folha de S.Paulo, assinado pela conselheira da Abrasco Lígia Bahia, pelo presidente Luis Eugenio de Souza e pelo membro da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde Mário Scheffer, denuncia essa articulação e a repercute, a ponto de obrigar os envolvidos a negar a existência da iniciativa (Bahia, Portela & Scheffer, 2013).

Em junho de 2013, explodem, em todo o país, grandes manifestações de rua, decorrentes de uma insatisfação generalizada com a má qualidade de vida nas cidades, a insuficiência das políticas sociais e o distanciamento entre os representantes eleitos e os cidadãos eleitores. A Abrasco tinha captado esse sentimento geral ainda em novembro de 2012, quando decidiu convocar seu 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde para o ano seguinte. Nesse congresso, reforça-se a necessidade de vencer o grave problema do subfinanciamento do SUS e de se investir na construção das redes regionais de saúde, de modo a superar a fragmentação do sistema de serviços, mediante o aprimoramento dos mecanismos de coordenação federativa.

Durante o 2º Congresso de Política, chega a notícia de uma pequena, mas significativa vitória da Abrasco e do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec): a renúncia de um diretor

nomeado para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), após as duas entidades terem denunciado suas estreitas relações com empresas de planos de saúde.

A associação se engaja também no Movimento Saúde+10, que, liderado pelo Conselho Nacional de Saúde e com o forte apoio da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, consegue reunir, após as manifestações de junho e julho, mais de dois milhões de assinaturas para um projeto de lei de iniciativa popular que estabelece 10% das suas receitas correntes brutas como o mínimo a ser investido pela União no SUS.

Ainda em 2013, reunidas em Recife (PE) durante a 65ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, a Abrasco, a SBPC e mais nove entidades – Associação Brasileira de Economia da Saúde, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação do Ministério Público em Defesa da Saúde, Cebes, Conselho Federal de Nutricionistas, Conselho Federal de Psicologia, Conasems, Rede Unida, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – discutem o momento político e lançam a nota pública "Mais saúde! Mais SUS!", que reconhece que a decisão do governo federal de enfrentar o problema da má distribuição e da escassez de profissionais da saúde (com o Programa Mais Médicos) é um passo adiante. Porém, na nota assinala-se que, além de mais médicos, o SUS precisa de mais recursos, com fluxo estável de financiamento, do fim da renúncia fiscal em favor de pessoas físicas ou jurídicas, bem como do fim da contratação de planos de saúde privados para servidores de empresas e órgãos públicos, da regulação transparente da contratualização de serviços públicos ou privados e de carreiras de Estado para os profissionais da saúde.

O ano 2013 é igualmente marcado por uma relevante iniciativa conjunta da Abrasco e do Cebes, capitaneada por Anamaria Testa Tambellini: o lançamento da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária, que se propõe a recuperar a memória e a verdade e contribuir para a reparação das violações aos direitos humanos de militantes da Reforma Sanitária, ocorridas durante o regime militar.

Também é de grande atividade o ano seguinte, 2014. Sendo um ano eleitoral, depois de um período de manifestações populares que puseram a saúde na agenda política nacional, a Abrasco, assim como as demais entidades do movimento da Reforma Sanitária e o Conselho Nacional de Saúde, se mobiliza para intervir nos debates, buscando envolver a sociedade como um todo. Assim, as propostas são sistematizadas em uma Agenda Propositiva para a Saúde, dirigida ao público e, em especial, aos candidatos a cargos eletivos. A sua versão final, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 18 de julho, estrutura-se em três eixos: 1) garantia do direito à saúde e acesso a cuidados de qualidade; 2) valorização do trabalho e da educação na saúde; 3) fortalecimento da participação social na saúde.

No primeiro eixo, incluem-se as propostas de reformas política, tributária e fiscal, judicial e democratização da mídia; mais recursos para a saúde; ampliação da rede pública de serviços com redução das desigualdades de acesso; fortalecimento de um complexo produtivo

da saúde que atenda às prioridades do SUS; regulação efetiva do mercado de produtos e serviços de saúde. No segundo, englobam-se as propostas de criação de carreiras de Estado e ampliação das ações de fixação de equipes multiprofissionais em todas as regiões do país. Finalmente, no terceiro eixo, estão as propostas de estímulo às práticas de orçamentos participativos, fortalecimento dos distritos sanitários especiais indígenas e preservação da autonomia dos conselhos de saúde.

Infelizmente, nem as entidades nem o Conselho Nacional de Saúde conseguem realizar debates envolvendo diretamente os candidatos a presidente da República. Os dois principais concorrentes, que chegam ao segundo turno da eleição, negam-se a participar. Seus programas de campanha, em geral, fazem elogios ao SUS e promessas de expansão e melhoria da qualidade dos serviços, mas não dialogam com a Agenda Propositiva da Saúde, aprovada pelo movimento social organizado em torno do Conselho Nacional de Saúde.

Além das eleições, 2014 é o ano em que o Congresso Nacional derrota o projeto de lei de iniciativa popular do Movimento Saúde+10, que estabelecia em 10% das receitas correntes brutas o mínimo a ser aplicado pela União na área da saúde. Pior que isso: aprova uma emenda constitucional, remetendo a 2018 a aplicação na saúde de 15% das receitas correntes líquidas da União, contabilizando-se, como parte desse montante, os recursos com destinação definida por emendas parlamentares, agora de caráter impositivo. Desse modo, o Ministério da Saúde terá uma redução real em seu orçamento dos anos 2016 e 2017.

Reeleita em 26 de outubro, a presidente Dilma Rousseff, antes mesmo de começar formalmente seu segundo governo, adota uma nova orientação política que representa uma guinada radical no sentido da ortodoxia econômica (aumento de juros, corte de gastos sociais). No setor da saúde, o Congresso Nacional aprova e o governo, mesmo sob os protestos do Conselho Nacional de Saúde, da Abrasco e de diversas outras entidades, sanciona a lei n. 13.097/14, que autoriza a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde, criando assim mais uma força desagregadora do SUS e promotora de desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Para não falar só de derrotas, a Abrasco desempenha, nesse ano fatídico, papéis relevantes em quatro áreas das políticas de saúde: alimentação e nutrição, saúde indígena, saúde do trabalhador e vigilância sanitária. O seu GT Alimentação e Nutrição contribui para a elaboração, liderada por Carlos Monteiro, do novo Guia Alimentar para a População Brasileira, editado pelo Ministério da Saúde, e em um momento de reação da indústria alimentícia, a contrapressão da Abrasco é importante para evitar mudanças no Guia e atrasos na sua divulgação. De modo semelhante, o GT Promoção da Saúde tem papel destacado na elaboração da nova Política Nacional de Promoção da Saúde, que supera a ênfase nas estratégias relacionadas aos estilos de vida e prioriza as intervenções intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde. A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e a 4ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras contam com a participação ativa dos respectivos GTs da Abrasco, que assumem, inclusive, tarefas de relatoria.

Por fim, deve-se acrescentar que 2014 é o ano do 35º aniversário de fundação da Abrasco, ocorrida em 27 de setembro de 1979. Para marcar a passagem da data, é realizado na sede da Opas, em Brasília, mesmo local da assembleia que fundou a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, um seminário para discutir os desafios para a saúde coletiva na próxima década, com base nas contribuições dos presidentes e secretários-executivos da Abrasco que puderam se fazer presentes.

No plano político geral, 2015 se inicia com novas ameaças aos direitos sociais dos brasileiros. As medidas de ajuste econômico incluem a redução do seguro-desemprego, o aumento das tarifas públicas e dos preços controlados, os cortes de gastos em todas as políticas sociais. No âmbito do Legislativo, encaminha-se a aprovação de um projeto de lei que autoriza a generalização da terceirização dos contratos de trabalho, o que aponta para a precarização dos empregos. No que tange especificamente aos serviços de saúde, o recém-eleito presidente da Câmara dos Deputados desengaveta um projeto de emenda constitucional de sua autoria que altera o artigo 7º da Constituição, incluindo entre os direitos dos trabalhadores a concessão, pelos empregadores, de planos de saúde. A eventual aprovação desse projeto significaria, claramente, a formalização legal de um sistema de saúde segmentado por clientela.

O movimento social representado no Conselho Nacional de Saúde, Abrasco incluída, aposta no processo de realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde – com suas etapas municipal, estadual e nacional – como oportunidade de mobilização dos setores populares e democráticos da sociedade para resistir às medidas contrárias ao SUS universal. Percebe, inclusive, a necessidade da aproximação a novos movimentos e entidades populares que consideram que a saúde é um direito, mas ainda não têm essa questão como ponto central de suas agendas. Para isso, o conselho previu a realização de plenárias populares, abertas a todos, no processo de construção da conferência e elaborou um documento-base da 15ª Conferência Nacional de Saúde, organizado em um eixo estruturante – Reformas Democráticas e Populares do Estado – e oito eixos temáticos: 1) Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; 2) Participação e Controle Social; 3) Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; 4) Financiamento do SUS e Relação Público-Privado; 5) Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; 6) Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; 7) Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; 8) Reforma Democrática e Popular do Estado. A luta continua.

O Fortalecimento Organizativo da Abrasco

A Abrasco tem uma história de lutas e conquistas, nas esferas acadêmica e política, que a tornou uma referência de seriedade científica e compromisso social. Seus congressos mobilizam milhares de participantes, a alta qualidade de suas revistas é amplamente reconhecida, sua participação é intensa em dezenas de espaços institucionais de formulação

de políticas. O motor dessas conquistas tem sido a dedicação de seus associados à produção do conhecimento científico, à formação de profissionais e à formulação de políticas – assim como a capacidade de liderança daqueles que têm assumido posições na diretoria, no conselho, nas comissões, nos GTs, nos fóruns, em representações ou na coordenação dos eventos científicos. Além disso, a secretaria-executiva, com seu pequeno e dedicado corpo de funcionários, tem sido fundamental na organização de todas as atividades.

Tal sucesso, aliado ao crescimento da área da saúde coletiva, ampliou enormemente as tarefas organizativas da entidade. Para dar conta de todas as demandas, garantindo ao mesmo tempo a representatividade da Abrasco, muitos esforços vêm sendo empreendidos. No período recente, destacam-se, entre esses esforços, a revisão do estatuto e a elaboração de um regimento interno, feitas por meio dos minicongressos.

Congressos internos da Abrasco: os minicongressos

Na esteira da criação da Abrasco, surgem logo as comissões, constituindo-se com base nas três subáreas da saúde coletiva: a Comissão de Epidemiologia; a Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; e a Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. A esse grupo soma-se, mais tarde, a Comissão de Ciência e Tecnologia.

Além das comissões, ao longo dos 35 anos foram nascendo os GTs, afeitos a distintos temas que compõem o universo da saúde coletiva. Por ordem alfabética: Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva; Bioética; Comunicação e Saúde; Educação Popular e Saúde; Gênero e Saúde; Informações em Saúde e População; Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde; Promoção da Saúde; Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas Complementares; Saúde e Ambiente; Saúde Bucal Coletiva; Saúde Indígena; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Trabalho e Educação na Saúde; Vigilância Sanitária. Os GTs diferem entre si não apenas pelos temas, mas também pelas suas formas organizativas e pelo próprio desenvolvimento das questões sobre as quais se debruçam.

A Abrasco abriga também, desde 1996, o Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que tem papel destacado na interlocução da área científica da saúde coletiva com a Capes. Mais recentemente, desde 2010, a associação acolhe o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, que congrega professores e estudantes dos vários cursos de graduação em saúde coletiva existentes no país. Tal fórum têm-se concentrado em duas agendas ainda inconclusas: propor e formalizar junto ao Ministério da Educação as diretrizes curriculares nacionais do curso, e buscar o reconhecimento social e legal da ocupação de sanitarista como área de atuação dos egressos bacharéis em saúde coletiva.

Nos últimos anos, as comissões e os GTs passaram a ser questionados, sobretudo por associados mais jovens, quanto à sistemática de seu funcionamento. De fato, não havia qualquer normatização acerca do funcionamento dessas estruturas. Como fazer para criar um GT? Como se integrar a uma comissão? Como se define a coordenação dos GTs

ou das comissões? Como se relacionam com a diretoria da associação? E com os órgãos governamentais da saúde, da educação, da ciência e tecnologia? Todas essas questões ganharam força e motivaram as últimas gestões da Abrasco a buscar respostas.

Se, até então, as estratégias organizativas da associação tinham sido bem-sucedidas, era claro que havia agora problemas novos que exigiam sua revisão. Desse modo, essas questões desafiadoras precisavam ser debatidas, abordando a definição de processos de criação, manutenção, renovação, extinção, configuração e atuação dos GTs e das comissões.

A partir do fim de 2009, com a adoção das reuniões itinerantes de diretoria, abertas à participação dos representantes dos GTs, das comissões e dos fóruns em cada região em que ocorriam, foi possível, paulatinamente, arregimentar para tais reflexões muitas pessoas que, assim, alimentaram o debate sobre a estruturação da associação.

Coordenando esse processo, a secretaria-executiva compilou contribuições de 11 GTs, de duas comissões e do Fórum de Pós-Graduação da Abrasco, apresentadas em reunião específica, ocorrida durante o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em agosto de 2010. Nessa reunião, surge a proposta de realização de congressos internos da entidade, ou minicongressos, que previam congregar os representantes de GTs, comissões e fóruns da associação para discutir critérios de participação e renovação, planejamento e financiamento de atividades, realização e compartilhamento de eventos e definição e atuação das representações da Abrasco nos órgãos públicos e em outras instituições.

O primeiro minicongresso, realizado como atividade pré-congresso do 5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, no dia 17 de abril de 2011, consolida as contribuições recolhidas, mas opta por não levá-las à assembleia geral para deliberação. Os associados participantes do minicongresso preferem dar tempo para o amadurecimento da discussão, prevendo levar as propostas à assembleia marcada para novembro, durante o 8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Depois do primeiro minicongresso, as mudanças organizativas sugeridas são submetidas a uma análise jurídica, que identifica a necessidade de outras mudanças, visando à adequação do estatuto da associação às disposições do novo Código Civil brasileiro, vigente a partir de 1º de janeiro de 2003.

O segundo minicongresso ocorre como atividade pré-congresso do 8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Depois das reuniões de GTs e comissões, no dia 13 de novembro de 2011, reúne-se a assembleia geral da instituição, a qual delibera sobre as mudanças propostas. É aprovada, por maioria, a mudança de nome. A Abrasco deixa de se chamar Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e passa a ser Associação Brasileira de Saúde Coletiva, considerando-se que, desde 2010, abrigava a representação dos cursos de graduação em saúde coletiva. A proposta de mudança de nome é acompanhada pela reiteração da natureza científica da associação, ou seja: a Abrasco não se transforma em entidade corporativa e, portanto, não assume a posição de conselho ou de associação

profissional, ainda que mantenha o compromisso de apoiar os processos de reconhecimento formal tanto do curso de graduação de saúde coletiva quanto da ocupação laboral dos egressos desses cursos.

Quanto às demais mudanças estatutárias, a assembleia posterior a esse segundo minicongresso entende que as questões acerca do funcionamento dos GTs e das comissões ficariam mais bem enquadradas em um regimento interno do que no estatuto, dada a maior flexibilidade do regimento, que não requer registro cartorial.

O terceiro minicongresso da Abrasco tem lugar nos dias 13 e 14 de novembro de 2012, durante as atividades prévias ao 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Os debates são aprofundados e permitem que, na assembleia geral, sejam aprovadas as mudanças que visam à adequação do estatuto ao Código Civil, assim como as propostas de ampliação do número de diretores e conselheiros da associação. Ademais, define-se o processo de elaboração do regimento interno para normatizar o funcionamento das comissões, dos GTs, dos fóruns, das editorias das revistas e das representações da Abrasco nos órgãos governamentais. À nova diretoria da Abrasco, recém-empossada, são atribuídas as responsabilidades de preparar a minuta do novo regimento e, sobretudo, de viabilizar a consulta a todos os associados, por meio do site.

Exatamente um ano depois, nos dias 13 e 14 de novembro de 2013, durante as atividades pré-congresso do 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realiza-se o quarto minicongresso. Na assembleia deliberativa, aprovam-se, então, as mudanças estatutárias relativas à ampliação da diretoria, que passa de seis a 11 membros, sendo um presidente e dez vice-presidentes; e à ampliação do Conselho Deliberativo, que passa de cinco para 11 membros, dos quais três compõem o Conselho Fiscal.

Em relação às questões regimentais, são aprovadas as normas de funcionamento das comissões, dos GTs e dos fóruns, assim como as de renovação das editorias das revistas da associação.

As comissões passam a ser formadas por indicação das instituições associadas, enquanto os GTs continuam formados por associados individuais afeitos ao tema do grupo. A coordenação das comissões e dos grupos, assim como um terço de sua composição, deve ser renovada a cada três anos, em seguida à renovação da própria direção da Abrasco. No momento da renovação, os coordenadores devem apresentar um relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no período. As comissões e os GTs são definidos como instâncias de assessoria técnica e política à direção da entidade, além de serem espaços de intercâmbio entre os pesquisadores e os profissionais das subáreas da saúde coletiva ou de temas específicos.

Os fóruns de pós-graduação e de graduação são formados pelos coordenadores de programas de pós-graduação e de cursos de graduação em saúde coletiva, não necessariamente associados à Abrasco; por isso, definem, autonomamente, sua dinâmica de funcionamento, ainda que os diretores da associação sejam também membros dos fóruns.

As editorias das revistas passam a ser escolhidas por meio de um processo de convite público a candidatos que serão julgados por uma comissão ad hoc e referendados pela diretoria. Os editores têm mandatos de seis anos, podendo ser renovados mediante novos processos seletivos.

As representações da Abrasco são indicadas pela diretoria, que pode, caso lhe pareça adequado, consultar as comissões ou os GTs. Os indicados, por sua vez, devem assumir o compromisso de apresentar regularmente – ou quando solicitados – relatórios de suas atividades como representantes.

Do quarto minicongresso resta, contudo, uma pendência: a natureza da Comissão de Ciência e Tecnologia. Muitos associados argumentam que a palavra comissão deveria ser reservada para designar os grupos que reúnem os pesquisadores das três subáreas da saúde coletiva (epidemiologia; política, planejamento e gestão; e ciências sociais e humanas). Chamá-la de grupo temático tampouco é adequado, pois ciência e tecnologia não são um tema da saúde coletiva, mas um assunto que interessa a todos. Não se chega, entretanto, a um consenso acerca de como renomear a Comissão de Ciência e Tecnologia, e se opta por amadurecer a discussão e remeter a deliberação à assembleia seguinte, que se realiza durante o 9º Congresso de Epidemiologia, em setembro de 2014 – quando se decide instituir, no lugar da comissão, o Comitê Assessor Permanente em Ciência e Tecnologia.

Em suma, de 2011 a 2014, são realizados quatro minicongressos e cinco assembleias, sempre precedendo um dos congressos da associação. No fim, a Abrasco tem um novo nome e passa a dispor de um estatuto completamente revisto e de um regimento interno, que até então não existia. Com isso, encontra-se, do ponto de vista organizativo, apta a atender às demandas de participação dos associados individuais e institucionais e, em consequência, a se beneficiar da contribuição científica e militante de mais e de novos pesquisadores e profissionais da saúde coletiva.

Outras tarefas organizativas da Secretaria-Executiva da Abrasco

Além das mudanças organizativas discutidas nos minicongressos e incorporadas no estatuto e no regimento interno, o período mais recente da trajetória da Abrasco assiste ao fortalecimento de sua assessoria de comunicação. Desde 2012, a instituição passa a contar com três jornalistas em tempo integral que conseguem melhorar a comunicação com os associados, dinamizar seu site, intensificar a utilização das mídias sociais e estreitar os laços com a mídia tradicional. A melhoria do site permite ainda que seja factível o pagamento on-line da anuidade dos associados, como também o pagamento dos livros comprados na livraria da associação.

Nesse período, a secretaria-executiva também investe na reorganização de seu setor financeiro, contratando inclusive uma auditoria independente. Os esforços, contudo, não conseguem superar a instabilidade do financiamento da Abrasco. Os congressos e os simpósios –

que, por muito tempo, foram fontes de recursos – passaram a ter custos tão elevados a ponto de consumir todos os fundos que conseguem captar, até mesmo os subsídios obtidos da cooperação do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais ou municipais de Saúde e ainda por meio de editais de órgãos de fomento às atividades científicas, como o CNPq e as fundações de amparo à pesquisa. O pagamento das anuidades pelos associados institucionais e individuais é assim a fonte pequena, mas estável, de captação de recursos. Eventualmente, projetos especiais de pesquisa administrados pela instituição são fontes de recursos.

Além disso, em 2014, adotando uma ideia defendida por José da Rocha Carvalheiro, a secretaria-executiva decide iniciar a implantação da Abrasco Eventos, um novo setor, especificamente responsável pela logística de organização dos congressos, simpósios e demais eventos promovidos ou apoiados pela associação. Depois de uma experiência bem-sucedida na organização do seminário "A gestão da saúde no Brasil" em março de 2015, a Abrasco Eventos terá sua primeira experiência concreta no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

Considerações Finais

Como se pode ver, o período recente é marcado pela intensificação das atividades acadêmicas, políticas e organizativas da Abrasco, decorrente do próprio crescimento do campo da saúde coletiva em termos da produção de conhecimento e de interlocução política com a sociedade. Essa atuação intensa, contudo, produz resultados distintos nas duas áreas.

Na área científica, em que os pesquisadores, professores e estudantes da saúde coletiva desfrutam de maior autonomia na definição de seus rumos, os êxitos são inegáveis. A produção científica cresce em volume e em qualidade, a se considerar o número de artigos publicados, os indicadores bibliométricos e a maior presença internacional dos cientistas da saúde coletiva brasileira. A formação de pesquisadores e profissionais da saúde coletiva também se expande quantitativamente e melhora qualitativamente, como demonstra o rigoroso sistema de avaliação da Capes. Evidentemente, os êxitos não escondem os desafios à frente, que se referem, especialmente, a continuar melhorando a qualidade da produção científica e da formação profissional, adequando-as sempre aos novos problemas de saúde pública. Como destacaram as editoras dos Cadernos de Saúde Pública (CSP), "é urgente romper o círculo vicioso do 'mais do mesmo'. (...) esperamos publicar em CSP artigos que explorem perguntas de pesquisas socialmente relevantes de forma criativa e diversificada" (CSP, 2013).

Na área política, da luta pela democratização da saúde, em que os profissionais da saúde coletiva são atores importantes, mas dividem a cena com diversos outros atores, muitos dos quais significativamente mais poderosos, os resultados são mitigados. Por um lado, há conquistas relevantes nos últimos dez anos, como a expansão e a qualificação da Estratégia Saúde da Família, da atenção às urgências, da assistência farmacêutica e da atenção à saúde mental, além da implantação da política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, com

um forte investimento no complexo produtivo da saúde. Por outro lado, não se conseguiu assegurar um financiamento adequado para a saúde; os mecanismos de coordenação federativa – essenciais para a eficiência e a efetividade dos serviços de saúde – continuam insuficientes, a mercantilização e a financeirização do sistema de saúde brasileiro avançam celeremente, e a consequente segmentação por clientela, de acordo com a capacidade de pagamento do usuário, se fortalece.

No seminário alusivo aos 35 anos da Abrasco, os organizadores do evento formularam questões para os debatedores – todos presidentes da associação em algum momento – envolvendo os desafios para a associação nos próximos anos e décadas no terrenos das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, abarcando as orientações e estratégias que deverão nortear a Abrasco para alcançar o fortalecimento do SUS universal e igualitário, bem como as fronteiras científicas que deverão ser exploradas daqui em diante.

As respostas dos presidentes estão registradas no texto "A Abrasco em perspectiva: olhares dos presidentes". Espera-se que sua leitura possa vir a ajudar as novas gerações a encontrarem, nas suas práticas teóricas e políticas, os meios de evitar retrocessos e assegurar avanços tanto no campo científico quanto no âmbito político da saúde coletiva.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 90: 2-3, maio 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, edição especial Congressos, set. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, n. 95, ano XXI, dez. 2005. Disponível em: <www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060630111952.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 97: 2, 5, 10-12, out. 2006a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de Florianópolis, nov. 2006b. Disponível em: <www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/VISA/Simbravisa/CartadeFlorianopolis.pdf>. Acesso: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, n. 98, ano XXIV, abr. 2007a. Disponível em: <www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070728142449.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, n. 99, ano XXIV, dez. 2007b. Disponível em: <www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20080219160819.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, n. 101, ano XXV, dez. 2008. Disponível em: <www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20081223084448.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, n. 103, ano XXVI, dez. 2009. Disponível em: <www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20100202002921.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de Salvador, ago. 2010a. Disponível em: <www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_633667950.pdf>. Acesso: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de Belém. Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, n. 105, ano XXVII, dez. 2010b. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/BOLETIM-105_SITE.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Informativo do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, n. 4, 18 nov. 2012. Disponível em: <www.youblisher.com/p/485286-ABRASCAO-18-11>. Acesso: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Carta de Porto Seguro, 2014a. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Carta-de-Porto-Seguro_Forma%C3%A7%C3%A3o-Profissional-em-Sa%C3%BAde1.pdf >. Acesso: abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Site, 2014b. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/2014/05/autoridades-prestigiam-abertura-do-encontro-de-formacao-profissional-em-saude>. Acesso em: maio 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Site, 2014c. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/2014/09/chamamento-para-coalizao-em-nome-da-ciencia-e-tecnologia-em-saude-marca-abertura-de-seminario/>. Acesso em: maio 2015.

BAHIA, L.; PORTELA, L. E. & SCHEFFER, M. Dilma vai acabar com o SUS? Folha de S.Paulo, 5 mar. 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LafbeuVptJ4J:www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: maio 2015.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (CSP). Editorial, 29(11), nov. 2013.

WORLD PUBLIC HEALTH NUTRITION ASSOCIATION (WPHNA). Rio 2012 Declaration. Journal of the World Public Health Nutrition Association, 3(6): jun. 2012. Disponível em: <www.wphna.org/htdocs/downloadsjune2012/12-06%20WN5%20Rio%20Declaration%20introduction%20pdf%20SENT.pdf>. Acesso em: maio 2015.

A Abrasco em Perspectiva: olhares dos presidentes

A saúde coletiva fundamenta um relevante âmbito de práticas que têm como objeto as necessidades sociais de saúde. Esse saber muito tem aportado às políticas de saúde, inclusive sugerindo inovações de produtos e processos. É digno de nota que algumas instituições da saúde coletiva, além de qualificados centros de pesquisa e de formação de pessoal, estão na vanguarda do desenvolvimento e da produção de tecnologias do campo.

Área do conhecimento consolidada no cenário da ciência brasileira, muitos são os seus grupos de pesquisa em atividade, em distintas instituições acadêmicas das várias regiões do país. Tais grupos produzem um conhecimento de valor científico reconhecido em todo o mundo, que se divulga amplamente em revistas internacionais de alto impacto ou nas prestigiosas revistas nacionais que publicam os temas da área. Há também os programas de pós-graduação em saúde coletiva, os quais formam, anualmente, centenas de mestres e doutores que se inserem, sem dificuldades, nas universidades e nos serviços de saúde. E os cursos de graduação em saúde coletiva, criados há poucos anos, já estão concluindo suas primeiras turmas.

Sua contribuição para as discussões e iniciativas no âmbito da formação em serviço também é digna de nota. Desde a chamada integração docente-assistencial, dos anos 1970, até a conformação de políticas nos campos da educação permanente em saúde, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) tem produzido subsídios na forma de estudos que vêm colaborando para o aperfeiçoamento e novas orientações para as políticas e iniciativas nesse terreno. Essa trajetória de sucesso, contudo, não está desprovida de contradições. A principal delas talvez se refira às insuficiências e aos problemas de acesso e qualidade da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Se é verdade que o alcance dos objetivos finalísticos do SUS – a universalidade, a igualdade e a integralidade – não depende, fundamentalmente, do conhecimento científico, não deixa de ser incômodo o fato de a saúde coletiva ser um sucesso na esfera acadêmica sem que isso seja acompanhado do êxito, na mesma proporção, das ações de cuidado à saúde das pessoas usuárias dos serviços públicos. Nesse sentido, sempre consciente de seus limites, a saúde coletiva deve ao Brasil uma reflexão sobre os desafios da democratização da saúde por meio do SUS, incluindo o seu papel nesse processo como comunidade epistêmica.

Essa reflexão, certamente, compõe uma possível agenda da saúde coletiva. Que mais comporia essa agenda?

Almeida-Filho, Paim e Vieira-da-Silva (2014),[1] com base em cenários construídos pela prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro (Fiocruz, 2012),[2] apontam os futuros provisórios da saúde coletiva e, assim, indicam elementos de uma agenda para a área.

Em um cenário otimista, em que o SUS, definido em termos constitucionais, encontraria um ambiente favorável para sua conversão em realidade concreta, a saúde coletiva teria um papel político a cumprir especialmente na definição de rumos condizentes com as propostas preconizadas pela Reforma Sanitária brasileira. Em termos concretos, haveria um ambiente propício para a multiplicação de centros de produção e reprodução de conhecimento, tecnologias e inovações, tendo em vista o aprimoramento do SUS e o avanço da Reforma Sanitária.

Ao considerar um cenário pessimista, com crescimento dos gastos em saúde abaixo das necessidades, somado à deterioração do quadro epidemiológico – com o aumento, sobretudo, da prevalência das doenças cardiovasculares e oncológicas – e à sub-regulamentação do setor assistencial privado, a saúde coletiva sofreria um processo de contenção de suas atividades. Iniciativas em andamento e projetos em consolidação, como os cursos de graduação em saúde coletiva, se deparariam com um cenário de falta de incentivos e perspectivas. A saúde coletiva, como uma área de conhecimento e ação política, estaria nesse ambiente ameaçada e poderia voltar a se subordinar, como a saúde pública tradicional, ao campo médico.

Finalmente, ao se considerar um cenário sem mudanças significativas nas condições atuais, com o sistema público de saúde em uma situação de restrições econômicas e fragilidade política, a saúde coletiva manteria a trajetória dos últimos anos, em que persiste como área de conhecimento consolidada, mas ao mesmo tempo mantém limitações quanto ao apoio a medidas concretas de intervenção e fortalecimento do SUS.

Em seus 35 anos de existência, completados em 27 de setembro de 2014, a Abrasco tem desempenhado um importante papel de articulação da comunidade da saúde coletiva, em especial dos pesquisadores, docentes e estudantes dos programas de pós-graduação, assim como dos profissionais e técnicos que atuam nos serviços de saúde e, mais recentemente, dos professores e discentes dos cursos de graduação.

Os congressos, simpósios e demais eventos da Abrasco mobilizam milhares de pessoas, promovendo a discussão e a difusão do conhecimento produzido pela área. Ademais, a entidade participa de numerosos fóruns de debate e deliberação das políticas de saúde, de

[1] ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S. & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Saúde coletiva: futuros "provisórios". In: PAIM, J. S. & ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

[2] FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

educação e de ciência e tecnologia. Dessa forma, desde sua fundação, a associação tem contribuído para a consolidação acadêmica da saúde coletiva, assim como tem influenciado a formulação de políticas e programas de saúde.

Diante desse legado e considerando os cenários prospectados, as questões que se apresentam são: 1) Quais os desafios lançados para a Abrasco nos próximos anos e nas próximas décadas no terreno das políticas para educação e gestão do trabalho em saúde? 2) Quais orientações e estratégias deverão nortear a associação em um desejado processo de fortalecimento do SUS? 3) Quais as fronteiras científicas a serem exploradas daqui em diante? Ou em que direção precisamos avançar em termos de produção de conhecimento nas próximas décadas?

Para buscar respostas a essas questões, no ensejo da comemoração da passagem dos 35 anos de sua criação, a Abrasco, a Fundação Oswaldo Cruz e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) organizaram um seminário no dia 23 de setembro de 2014, no auditório da sede da Opas, em Brasília.

Com o intuito de estimular o debate nesse evento, a representação da Opas no Brasil e a direção da Abrasco convidaram as pessoas que ocuparam, em algum momento, a posição de presidente da associação para compor a mesa-redonda do seminário e apresentar suas reflexões. Vale salientar que as exposições e os debates desse dia serviriam de subsídio para a elaboração do texto "Trajetórias recentes da Abrasco: fazendo o 'por fazer'" deste livro.

A seguir estão transcritos os depoimentos editados dos participantes desse evento,[3] com a indicação entre parênteses do período em que ocuparam a presidência da Abrasco.

Hesio de Albuquerque Cordeiro (1983-1985)

Creio ser fundamental pensarmos nos desafios futuros. A acreditação não apenas das universidades como também dos serviços de saúde são dois desafios importantíssimos para a Abrasco, que já os tem enfrentado em relação aos cursos de saúde pública. Realmente, com contribuição que a associação e os departamentos de medicina preventiva e social vêm dando, será possível melhorar a qualidade e consolidar a acreditação dos serviços de saúde. Esse é um passo importantíssimo para o campo da saúde coletiva.

Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva (1985-1987)

A combinação de sócios individuais e institucionais é o que dá uma grande sustentabilidade para a Abrasco e talvez explique, em parte, o sucesso da associação.

[3] Os depoimentos de Maria Cecília de Souza Minayo e Rita Barradas Barata foram incorporados posteriormente à ocasião do seminário.

Trata-se de uma entidade um pouco diferente das clássicas, que abriga algumas outras estruturas que contribuem para a sua sustentabilidade. Um estudo histórico da Abrasco pode ajudar a entender a importância desse processo.

Um dos desafios importantes para a Abrasco nas próximas décadas é a questão organizacional: como encontrar um arranjo institucional que dê conta das demandas da sociedade, cada vez maiores, e como definir seu estatuto legal. A Abrasco é uma instituição eficiente e faz o que se propõe a fazer. É inegável que a Abrasco é um grande ator político na área da saúde e tem representado um papel importantíssimo na difusão do conhecimento nessa área.

A definição estratégica para a sua atuação envolve decidir em qual âmbito de atuação queremos nos situar. Nacional? Internacional? Há uma grande demanda para que se fortaleçam as relações com as associações de vários países latino-americanos.

A base estratégica de atuação seria a graduação, a pós-graduação e os serviços de saúde. Caberia decidir também se essa ação se restringiria aos serviços de saúde pública ou se, no futuro, poderia abranger outros tipos de organizações de serviços de saúde para a comunidade que não fossem apenas públicos.

É necessário também desenvolver uma visão mais interdisciplinar. A Abrasco tem dado uma grande contribuição para fortalecer a área de epidemiologia e de planejamento. A associação também vem desempenhando, mais recentemente, papel importante nas ciências sociais. Mas falta, talvez, um foco político e científico em áreas estratégicas, ou seja: não mais focar em disciplinas, mas em problemas concretos da sociedade, em ações estratégicas de âmbito multi-inter-transdisciplinar. Ficamos muito focados no SUS, que é parte de um sistema de saúde. Talvez se devesse investir mais no estudo das inter-relações entre o sistema público e os serviços privados de saúde.

Outro grande desafio é a questão da violência. Não nos sentimos mais tranquilos no viver urbano, todos temos medo. Esse deve ser um foco estratégico de ação da Abrasco, unindo a questão da formação da ciência, do conhecimento, e também da questão política.

Também considero importantes a ética e a proteção ao consumo de ações de saúde predominantemente baseadas em tecnologias de alto custo, curativas e frequentemente de eficácia questionável. Tem-se promovido um consumo crescente dos processos de diagnóstico e terapêuticos, tornando o paciente consumidor de tecnologias. Esses são pontos aos quais a Abrasco também deveria dar atenção, sem deixar de fazer o que ela faz. Focos estratégicos nessas ações ampliariam o âmbito da sua atuação, dariam maior sustentabilidade. Desse modo, seriam possíveis novas articulações com novos atores sociais, com novas forças políticas, com novas formas organizativas, envolvendo-se, assim, no debate do direito à saúde, um público muito mais amplo, que vai além do da saúde pública.

José da Silva Guedes (1989-1991)

Nós vivemos alguns momentos, em 1977, de grande participação popular, mesmo que a portas fechadas numa conferência de saúde. E caminhamos. Chegamos a 1988, quando tivemos a Assembleia Constituinte. Antes participamos de um evento importante, com grande contribuição da Abrasco e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Na minha maneira de pensar hoje – que pode estar errada –, a composição do Congresso que nós tínhamos naquele tempo não era muito melhor do que a atual. Mas nós vivíamos no país, naquele momento, o prenúncio da redemocratização. Era isso que animava todo mundo. Isso fez com que nós conseguíssemos, historicamente, aprovar pela primeira vez a nossa ideia muito antiga de "Saúde é direito de todos, é dever do Estado", todo esse patrimônio acumulado por sanitaristas e seus aliados. Só que nós perdemos o bonde. Na verdade, nós perdemos contato com a população.

Nosso caminho é voltar a lutar politicamente pela saúde. É necessário, é claro, continuar a pensar no aprimoramento do ensino, dos profissionais... Tudo isso tem que ser feito. Tem gente pesquisando cada vez mais, caracterizando melhor os problemas que nos afligem, desenvolvendo tecnologias, mas temos que estabelecer – não sei exatamente de que forma – uma luta política na qual nós perdemos o pé.

Arlindo Fábio Gómez de Sousa (1991-1993)

Tivemos acesso não só ao texto de referência para este debate, mas também a uma série de textos de outros colegas que tratam do que está acontecendo atualmente na Saúde, mas tenho visto ou conseguido poucas respostas em relação a tantos problemas que temos observado. O que fazer diante dessa realidade? Que estratégias adotar? Para mim, esta é a questão que se apresenta hoje: o esvaziamento sucessivo, o enfraquecimento ou o desestímulo ao processo da Reforma Sanitária, a dilapidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país. Então, o que se apresenta? Enfrentar para garantir as conquistas ou lutar por novos avanços – apesar de todas as perdas? Quer dizer, como é que se vai trabalhar? Eu sei que a resposta padrão é: "as duas coisas". Mas temos que pensar e pesar – acho que esse é o nosso desafio no momento.

Sei que não é traduzível em termos percentuais, mas quantos por cento desse esforço seria para manter o que já foi alcançado e quantos por cento seria para investir em novas conquistas? Podem dizer: "Ah! Mas para mantermos as conquistas atuais nós já temos que fazer mudanças". Concordo plenamente, mas acho que a estratégia para a concretização disso é que não conseguimos ver. Nós estamos com o diagnóstico feito, perplexos, em pleno momento de um debate político-partidário eleitoral no país. O que vemos não nos mostra

nenhum horizonte, nenhum cenário favorável ao processo da Reforma Sanitária, às nossas utopias, à consolidação do SUS, como um dia visualizamos. O que fazer diante disso? Qual é a estratégia que vamos adotar?

Nós traçamos estratégias antes. Um belo dia achamos importante – isso foi ainda lá nos anos idos de 1970 – que tivéssemos uma aproximação, por exemplo, com o Legislativo. E fomos trabalhar com a Câmara dos Deputados, com o Senado, porque, em termos estratégicos, era fundamental, era um espaço de diálogo, de abertura política que se tinha no Congresso Nacional. Essa relação tinha que ser desenvolvida e incorporada, quer dizer, tínhamos que torná-los nossos aliados.

Da mesma forma, em determinado momento, em 1992, o Congresso da Abrasco foi considerado a pré-Conferência Nacional de Saúde! A mobilização que a Abrasco produziu teve extrema força na realização da 9ª Conferência. Mas nós tínhamos algum rumo para tomar; de alguma maneira sabíamos a forma como intervir no processo. Poderiam dizer que em 1992 as circunstâncias eram diferentes das atuais. Sei que não são iguais. Mas vejo, por exemplo, a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, a participação no Conselho Nacional de Saúde – que tem o privilégio de ser presido por Maria do Socorro Souza, que demonstra grande capacidade de mobilização política – como dois espaços fundamentais para uma estratégia de manutenção das conquistas alcançadas e possibilidade de avanços para a consolidação do SUS.

É necessário pensarmos numa estratégia que dirija um conjunto de ações para superar todos os entraves e estabelecer avanços possíveis para a saúde pública brasileira.

Creio que essa seria uma forma de nos articularmos uma vez mais diante do quadro em que se apresentam as questões políticas no país, particularmente as questões de saúde.

Maria Cecília de Souza Minayo (1994-1996)

Dizem os pensadores da teoria da complexidade que o futuro é um leque aberto de opções, em que os sujeitos individuais e coletivos têm oportunidades de escolher o caminho a seguir. Não existe trajetória prefixada nem predeterminada. Como meio existencialista fora de moda que sou, acredito que somos sempre responsáveis pelo que construímos, e que nossa pequena luz de vaga-lume na escuridão pode fazer a diferença. É por isso que, sobre o futuro da Abrasco, considero que ele será o que fizermos da associação, obviamente, sempre nas condições de determinação e conjuntura em que vivemos.

Apesar de todas as dificuldades que atingem o coração de nossos ideais, esse espaço institucional que nos pertence e depende de nós – porque formamos seu corpo dinâmico de associados – nunca se calará sobre os processos políticos de privação dos serviços, nem sobre os mercenários que criam o descrédito da população, nem sobre os descalabros da gestão, nem sobre a ideologia mercadológica que tenta comprar o setor. Ao contrário, sempre nas mais

diferentes frentes, buscaremos o direito e o acesso à saúde como um bem público que contribui para a melhoria da qualidade de vida, do acesso ao trabalho e à educação, de ampliação e aprofundamento da ciência, da tecnologia e da economia do país. Nesse sentido, entendo que o porvir da Abrasco é agora, e já começou na hora em que acabei de pronunciar seu presente. Cabe a todos nós que conformamos este campo de políticas, de serviços, de práticas e de conhecimentos responder por ele, atuando na macroesfera e também nos espaços micro em que a política se entrelaça com a vida.

Por todos os motivos que citei, tenho certeza de que o futuro da Abrasco é promissor. Continuo pensando que a associação é altamente responsável por fazer parte do jogo que define o destino de um dos mais importantes bens públicos do país: a saúde da população brasileira.

Rita Barradas Barata (1996-2000)

Creio que os maiores desafios para a nossa associação nos próximos anos dizem respeito, em primeiro lugar, à própria organização e às formas de atuação da Abrasco junto a seus associados e aos demais atores sociais relevantes no âmbito da política de formação de profissionais, na política de saúde e na política tecnocientífica. Nos anos iniciais, preservar o caráter apartidário da associação foi um desafio relativamente fácil de se resolver. Mas, no processo de redemocratização e polarização entre projetos políticos diferentes, esse desafio vem-se renovando, tornando-se maior.

Como ex-presidente e associada, considero fundamental que a Abrasco possa manter sua independência dos partidos políticos para melhor exercer sua representação como ator e porta-voz de uma parcela da sociedade civil.

Outro desafio não menos importante é manter a articulação apropriada entre os numerosos fóruns, comissões e grupos técnicos que atualmente existem na associação, garantindo um funcionamento orgânico e coerente. No entanto, além das questões relativas à vida da associação, os desafios que nos chegam da sociedade são incomparavelmente maiores.

No que diz respeito à formação profissional, há necessidade evidente de uma ampla reforma do ensino universitário que possibilite a melhoria geral da qualidade dos cursos de graduação e pós-graduação, no âmbito acadêmico, além de modalidades novas de formação técnica para suprir a necessidade de profissionais e técnicos realmente qualificados e comprometidos com o ideário do Sistema Único de Saúde tal qual concebido originalmente – como política de seguridade social caracterizada pela universalidade de cobertura, integralidade das ações e equidade nas prestações.

No campo da própria política de saúde, assistimos ao longo dos anos a uma redução significativa das pretensões originais defendidas pela Reforma Sanitária, nos acomodando cada vez mais com o alcance de avanços possíveis sem que houvesse uma modificação mais

radical do modo de ofertar programas de saúde e sem que efetivamente a lógica da saúde coletiva fosse a principal orientadora do sistema. Para mim – e sei perfeitamente que essa é uma posição extremamente polêmica entre nós – o Estratégia Saúde da Família, a despeito do impacto que possa ter tido em regiões mais carentes do país, é o reconhecimento da nossa incapacidade de modificar o paradigma da clínica individual. Mas esse é apenas um exemplo do quanto não estamos realmente debatendo nossas diferentes concepções e percepções.

Finalmente, no campo da política científica, os desafios não são menores nem menos importantes. Toda a estrutura de financiamento que o país construiu ao longo dos anos se vê atualmente bastante abalada pelos constantes cortes orçamentários e contingenciamentos, colocando a comunidade científica em um cenário de grande penúria no que se refere a auxílios à pesquisa, capacidade institucional, bolsas de produtividade e apoio aos periódicos científicos. O único item efetivamente abundante nesse momento é a oferta de bolsas para formação no exterior, em uma política que privilegia o número de bolsistas mas nem sempre leva em conta os interesses e as prioridades nacionais.

Quais são as estratégias para o fortalecimento do SUS? Essa pergunta nos foi feita pela atual diretoria a fim de desencadear nossas reflexões. Sinceramente, não sei. Parece que com a aprovação da Constituição e da Lei Orgânica se esgotaram nossos estoques de formulações para o SUS e que, ao longo desses anos, não temos podido produzir evidências, reflexões e teorias sobre o sistema, nem desenvolver tecnologias mais efetivas para ele. Aqui, de novo, creio que devemos nos livrar das amarras partidárias e dos dogmas intocáveis e realmente analisar se o que se está tentando fazer atende ao ideário original. Os desafios do sistema real são numerosos. Não podemos negar o avanço, pelo menos em termos de cobertura que o SUS logrou ao longo de quase duas décadas. Mas ainda há muito que melhorar! Aparentemente, nos faltam energia no campo político e novas ideias no campo da formulação.

As fronteiras científicas em um campo de ciências aplicadas, como é o da saúde coletiva, são mais difíceis de visualizar e prever. A realidade extremamente cambiante nos apresenta a cada dia novas questões, e é a partir desse desafio cotidiano que realizamos nosso trabalho de investigação. Hoje, diferentemente dos anos iniciais, contando com amplas redes internacionais de colaboração e grupos mais bem preparados para a tarefa, acredito que entre tantos desafios esse é o menor deles.

Enfim, 15 anos após ter exercido a presidência da Abrasco, vejo que crescemos bastante, nos tornamos mais complexos, somos muito mais reconhecidos. E, como consequência dessa história, temos muito mais trabalho e responsabilidade pela frente. Portanto, creio que devemos continuar contribuindo com a experiência que acumulamos, mas não devemos atrapalhar as novas lideranças que, com fôlego e disposição, levam o barco a bom porto, adotando ou não o conselho do poeta Paulinho da Vila: "faça como o velho marinheiro que durante o nevoeiro leva o barco devagar".

José Carvalho de Noronha (2000-2003)

Homenageamos há pouco tempo, no Congresso de Epidemiologia, Cecília Donnangelo. A figura dela representa o projeto de levar as ciências sociais para o campo da medicina preventiva e social. Recordo o fato porque essa revisão conceitual é um dos desafios que estão diante de nós. É preciso avançar e ultrapassar nossas fronteiras da saúde coletiva, ao mesmo tempo incorporando pensamentos dos primórdios. Acho que fará bem se pudermos também reencontrar o nosso diálogo com os antropólogos, sociólogos, economistas, com os outros profissionais do mundo acadêmico. Isso só enriquecerá nosso campo, além de ultrapassar – eu diria – suas fronteiras.

Pensar o futuro é construir um projeto, retomar a ideia de que devemos ter um projeto de nação. Devemos repensar o nosso Brasil, repensar o Brasil no mundo, e devemos pensar que mundo é esse que está colocado à nossa frente, onde o único caminho é retornar para a crise financeira que se instalou em 2007 e desenvolver ainda mais os padrões de produção e consumo dos Estados Unidos, que não cabem mais no planeta em que vivemos.

Um desafio absolutamente ligado à nossa história é o da formação técnica, da formação de quadros competentes, com técnicos qualificados para tratar desde a epidemiologia até a pesquisa em ciências sociais, administração de serviços em saúde... Mas essa é também uma luta política, para vencer esse tipo de obstáculo, mudar o quadro, é necessário disputar poder.

Nunca renunciamos à nossa vocação de poder. Formamos quadros e técnicos que são agentes políticos também dessa mudança. Acho que o Arlindo Fábio Gómez de Sousa já começou a tratar disso. A ideia é retomar o que estamos fazendo, Abrasco com o Conselho Nacional de Saúde, e expandir também nossas fronteiras sociais da luta política, nos associar com os movimentos sociais organizados. Aproveitar a vantagem da presença de um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), na Presidência do Conselho Nacional de Saúde e manter essa dialética com as forças motrizes de uma sociedade que queremos igual, justa, já que queremos um sistema de saúde democrático.

E lembrar que está na Constituição, na Seguridade Social, no artigo 196 (da Saúde) – o qual recomendo aos meus alunos e a todos nós, e eu próprio faço isso, recitar como mantra –, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Um pouco nós já estamos conseguindo. Estamos tentando fazer com que a 15ª realmente não seja uma nova 8ª Conferência Nacional de Saúde, porque os tempos são outros. Fizemos uma agenda comum de oito pontos que vão da reforma, da questão do projeto de desenvolvimento do país soberano, autônomo, democrático, da reforma política – nós temos que ter coragem de afirmar nossos preceitos – até a questão da ciência e tecnologia, da formação de quadros, do controle das enfermidades transmissíveis e do debate das prioridades nacionais para a organização do serviço de saúde.

Moisés Goldbaum (2003-2005)

A Abrasco, por meio de seus associados, tem uma grande responsabilidade: buscar a preparação de recursos humanos com capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde, para realmente trabalhar a fim de estudá-las e supri-las. É necessário trabalhar com base nas reais necessidades sociais em saúde e organizar saberes e instrumentos visando a garantir a efetividade de intervenções, bem como avaliar os impactos dessas intervenções.

Também parece importante, e isso está bastante atual, capacitar os recursos humanos para fazer negociações políticas internas e externas ao setor. Negociações políticas que se fazem necessárias com as demais comunidades científicas, buscando estabelecer um diálogo amplo para manter o reconhecimento que a saúde coletiva brasileira conseguiu na comunidade científica em geral, mesmo nas áreas mais duras. É fundamental ainda capacitar os recursos para fazer aquilo que já foi dito aqui: a intermediação entre a academia e os serviços. Não menos importante é habilitar recursos humanos que sejam capazes de produzir as evidências científicas para embasar as funções regulatórias.

A Abrasco tem participado intensamente da discussão prioridades das agências fomentadoras de pesquisa. E parece que estamos num momento propício para revermos a agenda definida na 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, Inovação e Saúde, e realmente trabalharmos a fim de orientar o fomento à pesquisa em saúde de uma forma geral. Não vamos, obviamente, nos debruçar exclusivamente sobre as prioridades, pois uma cláusula pétrea da área de ciência e tecnologia é o respeito "à livre criação", garantindo, assim, o desenvolvimento pleno da ciência e tecnologia em saúde. De qualquer sorte, precisamos assegurar recursos para atendermos às necessidades de investigações, com agendas de fomento que respeitem as prioridades de algumas linhas de investigação, levando em conta as demandas de saúde.

Buscar aprofundar a capacidade de interação com as outras áreas disciplinares parece um ponto levantado pelos que me antecederam neste debate. É preciso buscar maior interlocução e maior integração entre os campos disciplinares que marcam a área da saúde coletiva.

Creio que o processo atual de avaliação da Capes se esgotou. Com a mudança de letras – agora é feita com os números de 1 a 7 –, houve um esgotamento da avaliação, pois todo mundo estava, também nesse deslocamento para a direita, atingindo o nível A. Hoje em dia os programas tendem a se concentrar entre 5, 6 e 7. Também se torna relevante mudar a forma como a avaliação é feita. Entendo que, como indivíduos que trabalhamos muito a questão política, devemos participar ativamente dessa discussão.

Sobre a pós-graduação, algo que deveríamos discutir diz respeito aos mestrados profissionais. É importante aprimorar e consolidar esses cursos, assim como implantar os doutorados profissionais, que para a nossa área é extremamente cara. Os mestrados

profissionais, pelo que pude acompanhar – não tenho acompanhado mais –, estão mais regulados pelos ofertantes que pelos demandantes. Creio que precisamos também estimular as nossas secretarias, as estaduais e municipais, e o próprio Ministério da Saúde, que são os maiores beneficiários dos mestrados profissionais. E – por que não? – instigar e trabalhar com a iniciativa privada do setor Saúde de forma a explicitar as demandas para que possamos articular e repensar os nossos programas de formação de executivos na área da saúde, tanto para o setor público quanto para o setor privado.

Além de redefinir as prioridades de pesquisa, poderíamos também voltar a concentrar esforços para definir um plano diretor para a área de ciência, tecnologia e inovação em saúde. E, nesse sentido, participar ativamente na criação de instâncias de fomento em saúde. A proposta da criação de uma agência, ou de como se queira denominar, parece extremamente importante, e devemos retomar essa discussão.

Não posso deixar de falar também sobre a nossa atuação na área de política de saúde. A Abrasco, seus associados e toda a comunidade da saúde coletiva têm uma responsabilidade em elaborar e promover estudos para o financiamento do sistema – uma questão que está na ordem do dia e que já foi levantada pelos que me antecederam. É importante buscar uma participação qualificada nos conselhos de saúde e promover estudos sobre sua atuação. O Conselho Nacional de Saúde está a merecer realmente uma análise sobre sua situação, para garantir de fato a atuação que lhe tem sido demandada.

Paulo Ernani Gadelha Vieira (2005-2006)

A área da saúde precisa definir, com profundo conhecimento do real Sistema Único de Saúde e de suas possibilidades utópicas, qual é o tipo de profissional que quer formar.

O futuro da Abrasco vai depender centralmente do protagonismo que a área da saúde tem sobre o projeto de país, sobre o projeto de nação, sobre a conformação do Sistema Único de Saúde, sobre aqueles ideais que mobilizaram e construíram o campo da saúde coletiva.

Então a Abrasco terá fracassado se não tiver uma agenda – mas ela tem –, e se essa agenda não tiver capacidade de se reinventar, pensando continuamente o país e, ao mesmo tempo, definindo o que dá sentido à sua existência e desdobramento maior como instituição, que é ter a saúde como grande protagonista, pelo menos como qualificação do processo de desenvolvimento. Fracassado não porque ela não possa ter amanhã cento e tantas pós-graduações, ou trezentas, ou quatrocentas; fracassado não porque ela não venha a ter grande quantidade de participantes nos seus congressos. Para mim, pensar o futuro da Abrasco é pensar o seu agenciamento político, não no sentido do agenciamento sem embasamento, tampouco restrito à capacidade de produzir conhecimento, de produzir evidências. O que queremos é um agenciamento político que saiba aonde quer chegar.

José da Rocha Carvalheiro (2006-2009)

Como responder à seguinte questão: quais os desafios lançados para a Abrasco nos próximos anos e nas próximas décadas? A resposta real será dada pelas novas gerações. Ocorreu o mesmo com a minha geração, que fundou a Abrasco rompendo sem alarde com a anterior, de Maneco Ferreira, Paula Souza, Ernani Braga, os ícones do passado. Foram eles que apresentaram, juntamente com a delegação chinesa, na Conferência de São Francisco, a proposta de criação da Organização Mundial da Saúde. Nós não queríamos confrontá-los, mas não havia espaço para atuar na associação de então. Nossa resposta foi fundar a Abrasco ligada à pós-graduação, e sem higiene nem saúde pública no nome.

Espero que a minha geração tenha a sensatez de deixar a cargo das novas gerações as decisões sobre o futuro da associação. Com risco de parecer impertinente, apresento minha compreensão de "quais devem ser as características permanentes (pétreas) da Abrasco".

Primeiramente, a Abrasco tem que se preservar como entidade científica. Já houve tentativas de transformá-la num movimento. Para isso, temos o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que, sem prejuízo do seu caráter científico, é muito mais um movimento.

Em segundo lugar, a Abrasco atua como entidade de classe e de ensino. Como tal ela é ímpar. No mundo inteiro temos associações de saúde pública e associações de escolas de saúde pública. Os congressos europeus, por exemplo, dessa área são duplos: da Associação Europeia de Saúde Pública – das entidades de saúde pública – e da Associação Europeia de Escolas de Saúde Pública. A Federação Mundial, da mesma forma, faz seus congressos junto com uma Federação Mundial de Escolas. A Abrasco uniu as duas funções. Isso ficou muito claro com a sessão inaugural deste encontro, quando atribuíamos a nós a responsabilidade de acreditação de ambos os serviços, tanto o de saúde quanto o de educação em saúde. Temos que preservar essa identidade dupla.

Alvaro Matida, a quem elejo para fazer minha homenagem a todos os secretários-executivos da Abrasco, preparou uma fala para o Congresso de Lisboa (2008) e para o Congresso de Istambul (2009) defendendo a advocacy, que era o tema de ambos: as associações de saúde pública deveriam fazer advocacy para melhoria das políticas de saúde. No dispositivo inicial da minha apresentação foi colocado o logo da Abrasco, com os vértices de três páginas indicando: ensino, pesquisa e serviços. Abaixo do vértice inferior, Matida acrescentou a palavra advocacy. Eu suprimi o advocacy, porque defendi nos debates a ideia de que, em nosso caso, juntamos as coisas, nós não fazemos apenas advocacy. Construímos a nova política preparando os quadros que atuam no sistema, desde os altos escalões até os que trabalham na periferia do sistema de saúde. Então essa é uma questão a aprofundar daqui para o futuro: formular a política de saúde real (ao rés do chão) não é privilégio da academia e dos altos escalões.

Luiz Augusto Facchini (2009-2012)

Marx dizia que os mortos governam os vivos – essa era uma frase emblemática dele. Mas nós também temos que considerar que os vivos governam os vivos, e as nossas lideranças históricas têm um papel fundamental e relevante na condução de todas as nossas ações futuras.

Em relação ao desafio da Abrasco no âmbito da educação e do trabalho e da saúde, considero que uma questão fundamental para todos nós é a carreira de sanitarista. Lutar por essa carreira que agora se confirma de maneira marcante em razão da constituição dos cursos de graduação em saúde coletiva e do papel relevante, evidentemente, que os nossos cursos de pós-graduação assumem, constituindo, portanto, uma liderança política não só na gestão e na prática dos serviços, mas uma expressiva inteligência da saúde coletiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Inteligência capaz de alavancar todos os propósitos do SUS, particularmente em relação à universalidade, à integralidade, à equidade, à participação social – e de modo marcante, que resulte objetivamente em melhorias, em benefícios para a saúde da população dos territórios mais vulneráveis do nosso país.

Precisamos avançar na concepção pedagógica dos nossos cursos, desenvolvendo uma matriz curricular integradora, articulada, que supere a fragmentação das nossas múltiplas disciplinas, módulos e caixinhas, que só fazem sentido na cabeça dos alunos, mas que para cada professor não passa dos limites da sua aula ou da intervenção que faz nesse curso.

Portanto, esse é um dos desafios mais marcantes, e para isso, evidentemente, há que se ousar expandir o uso de todos os recursos tecnológicos e pedagógicos que temos, inclusive o da educação a distância, aproveitando as experiências acumuladas nas nossas universidades, visando às ofertas tanto dos cursos de pós-graduação como dos de graduação. É necessário atuar em relação não só às estratégias de formação, mas também às estratégias de pesquisa, oferecendo esses recursos disponíveis não apenas para aqueles que serão os futuros pesquisadores, mas igualmente para os profissionais da saúde que têm interesse de utilizar os elementos, os fundamentos da pesquisa no cotidiano dos serviços, na avaliação, no monitoramento, na sua capacidade profissional de tomada de decisão, particularmente na rede básica de saúde, na Estratégia Saúde da Família, em que essas questões são mais críticas.

Ainda sobre os desafios do ensino, devemos pensar em ampliar de modo marcante a oferta dos materiais de ensino e de pesquisa em saúde coletiva, por meio de recursos eletrônicos e acesso aberto, facilitando a sua utilização por colegas de instituições nacionais e estrangeiras, particularmente pelos jovens pesquisadores, por gestores e profissionais da saúde – de maneira que todo o conhecimento produzido e acumulado seja disponibilizado a todos aqueles que têm interesse, de modo gratuito e facilitado. Também devemos aproveitar os esforços de mudanças que estão em curso no país, no âmbito dos cursos de graduação, nas residências, no âmbito dos mestrados profissionais e mesmo nos cursos acadêmicos, para fortalecer a liderança da Abrasco e da saúde coletiva, enfatizando uma formação para a prática profissional que utilize todos os âmbitos do SUS como espaços de ensino e de pesquisa.

Um grande desafio é valorizar os programas em rede nacional, avançando em núcleos comuns de conteúdos, articulando as particularidades de cada instituição e de cada região do país. Um exemplo é a iniciativa liderada pela Abrasco e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de constituir um mestrado profissional em saúde da família, que hoje já conta, na proposta submetida à Capes, com 32 instituições do território nacional, as quais poderão ofertar até mil vagas nesse campo, que até hoje não teve nenhuma oferta estruturada ampla em todo o país, embora existam alguns cursos efetivamente no âmbito da saúde coletiva que começam a se destacar. Ainda nesse contexto da articulação do ensino com a pesquisa, devem-se organizar grupos temáticos de pesquisa em saúde coletiva que fortaleçam e consolidem redes interinstitucionais e interdisciplinares de pesquisa, com base nas prioridades definidas nas agendas de pesquisa, sejam elas nacionais, sejam regionais, e que tomem como referência as experiências de colaboração em curso em nosso país. Portanto, esse é um futuro que já está acontecendo.

Em termos da atuação Abrasco em relação aos desafios do SUS, cabe destacar o fortalecimento da interlocução da associação com todas as instâncias do SUS, não apenas no âmbito da gestão e do trabalho em saúde, mas particularmente no do controle social, ampliando a nossa intervenção e os subsídios às políticas de saúde e à tomada de decisão. Nessa questão, é preciso evidenciar o importante papel de liderança da Abrasco no Conselho Nacional de Saúde, nas suas diversas comissões, não só no fortalecimento do controle social, mas também na ampliação e potencialização das deliberações de políticas de saúde no país.

Precisamos também aumentar a presença da Abrasco na liderança política do país, resgatando as bandeiras históricas da saúde coletiva e do movimento da Reforma Sanitária, visando a tornar a saúde e o SUS prioridades não apenas de governo, mas especialmente da sociedade brasileira e de seus movimentos organizados. Aqui cabe destacar não somente a luta por um aumento significativo do financiamento público ao SUS, hoje sintetizada pela demanda dos 10% de recursos federais para a saúde, mas também as reflexões sobre onde e como aplicar os recursos em saúde, de modo a garantir os princípios do SUS, as inovações, os avanços necessários nesse âmbito. É necessário ainda apoiar o desenvolvimento dos grupos de pesquisa, com foco em temas prioritários para o país e para o SUS, ampliando a contribuição do campo da saúde coletiva no enfrentamento de desafios e insuficiências que limitam o acesso e a qualidade da atenção à saúde, particularmente na atenção primária e na saúde da família. E lutar pelo aumento da influência e do apoio técnico-científico da Abrasco em relação às agências de fomento e às instituições governamentais, no lançamento de editais com foco no desenvolvimento científico e tecnológico, na inovação em saúde, particularmente no que diz respeito às ações da saúde coletiva. Não podemos nos esquecer de incentivar a cooperação entre grupos de pesquisa com diferentes graus de maturidade, sejam eles consolidados, sejam emergentes, mediante o estabelecimento de metas e critérios de excelência que garantam recursos sustentáveis para as atividades prioritárias do SUS e a vinculação da pesquisa com os serviços, particularmente nas áreas de maior carência,

propiciando a integração e o desenvolvimento permanente de gestores e profissionais da saúde – com benefícios objetivos para as populações, suas condições de saúde e de bem-estar.

Em relação às fronteiras científicas a serem exploradas daqui por diante, para avançar na produção do conhecimento, cabe resgatar a necessidade de aprofundarmos a avaliação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva dos cursos de graduação, de modo a superar os limites da avaliação trienal da Capes e melhorar os critérios de classificação dos periódicos brasileiros da saúde coletiva – almejando alcançar Qualis A1 para as nossas melhores revistas. E também viabilizar o financiamento estável das revistas do campo da saúde coletiva, questão particularmente estratégica para Ciência & Saúde Coletiva e a Revista Brasileira de Epidemiologia, da Abrasco.

Devemos ainda promover a liderança de sanitaristas e o desenvolvimento de grupos de pesquisa, pós-graduação e graduação em saúde coletiva nas regiões com maior escassez, como, por exemplo, o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste, mediante a organização e a consolidação de programas em redes, nacionais ou internacionais, que fortaleçam a interdisciplinaridade e a complexidade na abordagem dos objetos e temas relevantes da saúde. Nessa questão, vale salientar a relevância de se ampliar a liderança da Abrasco e da saúde coletiva brasileira no cenário internacional, considerando a importância tanto do conhecimento aqui produzido para os povos de todo o mundo como também a da difusão do SUS como um sistema universal de saúde, que deve ser referência para os esforços internacionais e superar em muito as propostas de cobertura universal de saúde.

É preciso igualmente desenvolver a capacidade produtiva aplicada aos problemas críticos para a superação dos desafios da saúde coletiva e do país num futuro próximo, revalorizando as bases teóricas e metodológicas de estudos sobre as interações de diferentes atividades sociais e seus efeitos sobre a saúde coletiva – que produzem disparidades e iniquidades em nossa população e nosso país – por meio de abordagens qualificadas e inovadoras sobre a determinação, a prevenção e o controle de doenças, valorizando a promoção da saúde e a locação eficiente e efetiva de esforços e recursos em saúde.

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza (2012-2015)

Para falar um pouco do futuro, eu queria dizer que a atuação da Abrasco pode ser descrita, tomando por referência três eixos de ação: a consolidação da saúde coletiva como campo científico, a luta pela universalidade e pela igualdade da atenção saúde e o fortalecimento institucional da Abrasco.

Quanto ao primeiro eixo, os avanços nesses 35 anos são indubitáveis, enormes, não apenas pelo número de programas de pós-graduação, pelo surgimento dos cursos de graduação no período, mas também pela qualidade da produção científica de todos os pesquisadores, profissionais e estudantes da saúde coletiva. É um conhecimento extremamente relevante,

que vem subsidiando políticas, ajudando a compreender a complexidade da nossa realidade sanitária, uma ciência que hoje se faz num padrão internacional, com reconhecimento das melhores revistas, das melhores publicações. E esse conhecimento precisa avançar, não apenas manter seu nível de qualidade.

Um tema a que a saúde coletiva deve dar mais atenção, em termos de produção de novos conhecimentos, são os determinantes, ou melhor, o processo de determinação social da saúde e doença, das relações entre estrutura social e saúde. Essa é uma linha que merece mais investigação por parte de nossos pesquisadores

Outro tema a aprofundar refere-se à questão do complexo econômico-industrial da saúde. Sabemos que esse é um ator político poderoso, que influencia, determina, define em muito as nossas políticas de saúde. E tem sido insuficientemente estudado do ponto de vista científico, para que possamos compreender a participação desse conjunto de atores – na verdade, para que efetivamente possamos traçar uma política de ciência, tecnologia e inovação.

Um terceiro tema que merece destaque e tem crescido muito – e a Abrasco tem dado um apoio importante a ela – é o de saúde e ambiente. Os modelos de desenvolvimento que temos visto em todo o mundo, inclusive no Brasil, não têm primado pela sustentabilidade. A utilização dos recursos naturais que temos feito é ainda predatória. Ainda que tenhamos muitos recursos naturais, é preciso saber utilizá-los de forma racional, sustentável, para que as futuras gerações possam gozar, no mínimo, das mesmas possibilidades, das mesmas oportunidades com que nós hoje contamos.

Ainda nessa área científica, outro desafio a enfrentar se refere à questão de formação de pessoal. Como já foi mencionado neste encontro, é importante, de fato, expandir, fortalecer todas as nossas iniciativas de qualificação de pessoal.

Quanto ao segundo eixo, da luta pela universalidade e pela igualdade na saúde, da defesa do projeto do SUS, temos um desafio – também mencionado aqui: elaborar um projeto nacional de desenvolvimento que seja socialmente inclusivo, soberano do ponto de vista internacional e sustentável do ponto de vista ambiental. Por um lado, assistimos a uma tendência de segmentação do nosso sistema de saúde, em que o acesso ao serviço de saúde vai ser intermediado, discriminado, pela capacidade de pagamento; por outro, verificamos que nós temos um movimento social em emergência, eu diria em efervescência. As reivindicações das manifestações que ocorreram no Brasil em 2013 não foram satisfeitas, e ainda que não estejam explicitamente se manifestando nas ruas, revelam a existência de um forte tensionamento social em nosso país, cujas consequências e trajetórias ainda não são claramente perceptíveis. Esse processo de tensionamento pode resultar em aprofundamento da nossa democracia, ou em – com tristeza eu identifico isso –retrocesso do próprio sistema democrático que temos. Daí a importância da nossa contribuição como entidade científica, como entidade política.

Gostaria de reforçar que, no aspecto da dimensão política da nossa atuação, o grande desafio é a rearticulação das entidades de saúde coletiva – as oito organizações estão reunidas na discussão da agenda estratégica para a saúde – com os demais segmentos organizados da nossa sociedade, com o movimento vivo da nossa sociedade, com o Conselho Nacional de Saúde e todas as entidades que o compõem primeiramente, mas também com outros organismos que estão em atuação no mundo político. Estou me referindo aos Sem-Teto, aos Sem-Terra, ao movimento social vivo e pujante que está aí. E a nossa articulação deve se dar, acredito, justamente pela disponibilização, pela reflexão e pela produção do conhecimento científico que permitam a formulação de proposições por esse movimento social. Cabe-nos a tarefa, como no início do processo da Reforma Sanitária, nos anos 1970, de ser aquele grupo que consegue, que pode contribuir com a sistematização de reflexões que venham a subsidiar a atuação política de todo esse movimento social.

Por fim, o terceiro eixo de ação da Abrasco se refere ao plano organizativo. A estrutura organizativa da associação é tímida diante dos desafios que estão apresentados e diante daquilo que ela já cumpre. Precisamos também estruturar melhor a nossa Secretaria-Executiva. Destaco que José da Rocha Carvalheiro foi um grande incentivador e propositor dessa alternativa. Estamos testando, na prática, a organização da Abrasco Eventos, uma estrutura administrativa que vai permitir agilizar a organização dos nossos eventos para que todo esse conjunto de produção de conhecimentos, de atividades de formação e de atuação política da associação possa ser mais bem canalizado.

A Abrasco em Imagens

Instituições são feitas por gente, que muitas vezes deve a elas, a quem legou toda uma vida, uma relação de gratidão e dádiva. As instituições, por vezes, retribuem a dádiva e a dedicação na forma de seu reconhecimento pelos anos legados e pelas lutas que foram capazes de trazer, ao colo institucional, tantos corações e mentes apaixonados.

Nesse aspecto, as instituições representam o ponto de encontro entre pessoas e suas paixões. Com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), esse processo não foi diferente. Desde sua fundação, em 1979, ela foi capaz de reunir em torno de si personagens que, muitas vezes por seu intermédio, seriam cruciais na trajetória das saúdes pública e coletiva brasileiras. São rostos que, com o passar do tempo, se modificaram, mas cujo ímpeto e dedicação permanecem. Personagens que perseguiram, desde os primórdios da instituição, ideais que se situam no território da justiça social e da melhoria das condições gerais de vida da população brasileira. Que ao tratar da saúde se atreveram a discutir questões que, ao mesmo tempo, a transbordavam e a atravessavam. E assim colaboraram decisivamente para um rico e complexo processo que acabaria por instituir, em âmbito constitucional, uma agenda social, baseada no direito e levada adiante por políticas descentralizadas e participativas.

Somente em parte a utopia se realizou. Resta, em boa medida, fazer valer por completo o que foi definido em texto constitucional. É evidente que os desafios, agora como antes, são imensos, e o caminho que obrigatoriamente se apresenta é de fortalecimento e radicalização das propostas definidas nos primórdios por tantos abrasquianos. Mais do que tentar reviver uma utopia já vivida, é preciso reatualizá-la em termos que possa fazer sentido às novas gerações. Afinal, paixões se renovam!

Sem perder de vista tantos corações e mentes apaixonados, nossa seleção de imagens reúne documentos, fotografias de personagens e momentos decisivos, materiais de divulgação da associação, entre outros produtos que dão um pouco a medida de uma instituição que alcança os seus 35 anos de idade. Ao mesmo tempo madura e repleta de desejos e sonhos, típicos da juventude.

Procurou-se retratar a trajetória da Abrasco por intermédio de seus encontros e congressos mais expressivos, suas comissões e reuniões mais relevantes ou fundantes de subáreas de conhecimento ou trabalho. Como o diálogo da associação com a sociedade sempre foi muitíssimo intenso, não deixamos de retratar alguns eventos em relação aos quais a ação da Abrasco tem sido, de alguma forma, digna de nota. Este é o caso, por exemplo, dos trabalhos de diversos membros da associação naquela que ainda é vista como a mais importante Conferência Nacional de Saúde, a 8ª CNS.

Mapear em imagens ou palavras uma trajetória tão rica e duradoura como a da Abrasco sempre será uma iniciativa condenada à incompletude e parcialidade. As tarefas de levantamento de fontes e identificação de personagens se mostraram um enorme desafio ao qual nos empenhamos em responder, mas só conseguimos fazê-lo parcialmente, mesmo contando com o apoio de fundadores da associação. Esperamos, contudo, que nossa contribuição possa representar um passo repleto de significados e emoções para os que participaram desse empreendimento, de inspiração para os que a ele ainda se juntarão.

Carlos Henrique Assunção Paiva
Vanessa Nolasco Ferreira

ATA DE FUNDAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Aos vinte e sete dias do mês de setembro de hum mil novecentos e setenta e nove, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva, reuniram-se na sede da Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, em Brasília-DF, técnicos, profissionais, alunos e professores da área de Saúde Coletiva com o objetivo de fundar uma associação que congregasse os interesses dos diferentes cursos de pós-graduação naquela área. A reunião iniciou-se sob a direção do Doutor Carlyle Guerra de Macêdo e os presentes concordaram unanimente com a fundação de uma associação com as características acima mencionadas. Logo em seguida foi aprovada, por unanimidade, a constituição de uma diretoria provisória que deverá reger os destinos da nova associação até sua constituição definitiva com a aprovação e legalização de seus estatutos. Foram eleitos: Frederico Adolfo Simões Barbosa Presidente, e Ernani de Paiva Ferreira Braga e Guilherme Rodrigues da Silva Vice-Presidentes. Ficou decidido ainda que o Presidente indicaria um Secretário Executivo como membro da Diretoria provisória. Em seguida o Presidente eleito, acompanhado dos Vice-presidentes, assumiu a coordenação da reunião. Ficou aprovado que a nova associação seria denominada ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, com sede e foro em Brasília, Distrito Federal. As seguintes decisões foram ainda aprovadas pelo plenário: 1. todos os que assinaram a ata de presença desta reunião serão considerados sócios fundadores individuais; 2. a Associação, além dos sócios individuais, deverá também ter em seus quadros sócios institucionais, além de outras possíveis categorias. O prazo para o mandato da presente Diretoria não foi fixado, tendo-se entretanto, recomendado que este prazo fosse o menor possível, embora o suficiente para permitir à Diretoria concluir as atividades previstas para consolidação da nova associação. Foi decidido que após este período o Presidente deverá convocar uma reunião da Assembléia Geral na qual: 1. A Diretoria deverá prestar contas das atividades exercidas durante sua gestão; 2. deverão ser aprovados os Estatutos da Associação e realizada a eleição e posse da nova Diretoria de acordo com o estabelecido nos Estatutos. Finalmente, os presentes endossaram, por unanimidade, as conclusões da "I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva" e, também, por unanimidade, e sob aplausos, aprovaram uma moção de reconhecimento e gratidão ao Doutor Carlyle Guerra de Macêdo pelo êxito da reunião. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata de fundação da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA que é assinada pelo seu Presidente recém-eleito e pelo Presidente "ad hoc" desta reunião, Brasília vinte e sete de setembro de hum mil e novecentes e setenta e nove.

Frederico Adolfo Simões Barbosa

Carlyle Guerra de Macêdo

CARTÓRIO DO 1.º OFÍCIO DE REGISTRO DE TIT. E DOCUMENTOS
SCS - Ed. JK Loja 4 - Tels.: 226-8949 e 226-3496
Documento apresentado hoje protocolado e microfilmado sob o n.º 58280 Livro A-6
registrado sob. n.º 56990 Livro BE-04
Brasília - DF, 09 de 09 de 1981
BEL. WALDIR LOPES DE OLIVEIRA
Técnico Judiciário

Registro: Cr$ 1.166,00
Averbação: Cr$
Certidão: Cr$
Buscas: Cr$
Taxa Distr.: Cr$
TOTAL: Cr$ 1.166,00

Ata de fundação da Abrasco. Brasília, 27 de setembro de 1979. Acervo Abrasco.

abrasco

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA — ANO I — Nº 1 — JAN/MAR-82

Em 1979, um grupo grande de profissionais da área de saúde coletiva, chamados pela OPAS e pelos Ministérios da Saúde e da Previdência para uma Reunião sobre Formação de Recursos Humanos, entendeu que era necessário criar uma Associação que congregasse as pessoas e instituições envolvidas com o ensino de pós-graduação em saúde pública, medicina preventiva e medicina social. Assim nasceu a Abrasco.

Sua Diretoria pioneira, formada pelos Professores Frederico Simões Barbosa, Guilherme Rodrigues da Silva e Ernani Braga, sem recursos financeiros, mas com invejável esforço pessoal, deu-lhe um Estatuto e realizou reuniões que procuraram conceber as características essenciais da Associação.

Em maio de 81 é eleita e empossada a diretoria atual, composta pelos Professores Benedictus Philadelpho de Siqueira, Ernani Braga, Jairnilson Silva Paim, José da Silva Guedes e Paulo Marchiori Buss.

Em julho foi realizado o 1º Forum sobre as Residências da Área da Saúde Coletiva, cujos resultados foram incorporados à Resolução 16/81 da Comissão Nacional de Residência Médica.

Entendeu essa Direção que chegara a hora de institucionalizar plenamente a Associação. Solicitou-se recursos à W. K. Kellogg Foundation, que os concedeu, e estabeleceu-se convênio de cooperação técnica com a Fundação Oswaldo Cruz, através do qual pode ser instalada a Secretaria Executiva da Abrasco.

Para 1982 está definida uma política de atuação da Abrasco, que privilegia o apoio à docência e à pesquisa nos 45 programas de pós-graduação dos níveis de Mestrado/Doutorado, Residências e Cursos de Saúde Pública existentes no país, consubstanciado nas Reuniões Nacionais setoriais programadas, na assessoria técnica, no programa de intercâmbio de docentes e na publicação de textos básicos de Saúde Pública e Medicina Social. No plano externo, buscar-se-á o fortalecimento da Associação junto às instituições financiadoras de pesquisa como o CNPq e a Finep, diante das quais a Abrasco pretende atuar como interlocutora da comunidade científica da área de medicina preventiva e social. Tanto quanto possível, a Abrasco procurará também atuar junto às instituições prestadoras de serviços, no sentido de ampliar o mercado de trabalho dos egressos da pós-graduação em saúde coletiva, médicos e não médicos, incluindo Secretarias de Saúde, Previdência Social e Universidades. Por fim, está definida a realização de investigações a nível de ensino e de mercado de trabalho, que subsidiem os Cursos com informações para seu aperfeiçoamento e expansão.

Cabe ainda uma palavra final sobre este informativo. Pretendemos, com ele ampliar o intercâmbio já existente entre os programas de pós-graduação da nossa área. Para tanto, é necessário que coordenadores de cursos, docentes e alunos encaminhem-nos as notícias que considerem relevantes e merecedoras de divulgação.

Com o processo iniciado neste ano, a Abrasco busca uma revitalização efetiva do movimento preventivista e sanitário no país, iniciando pela pós-graduação, para, gradualmente, refletir-se no ensino da saúde coletiva das faculdades e nos próprios serviços de saúde. É para esse esforço comum que todos estão convocados.

Associação promove desburocratização

Com o objetivo de descentralizar a condução de discussões em torno do objeto, conteúdos programáticos e metodologia de ensino em áreas específicas de saúde pública e medicina preventiva e social, a Abrasco vem convidando instituições filiadas para organizarem reuniões de docentes, alunos e pesquisadores.

Só para 1982 já estão previstos três encontros: I Reunião Nacional sobre o Ensino das Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva; II Encontro Nacional dos Mestrados e Doutorados da Área de Saúde Coletiva e I Reunião Nacional sobre o Ensino de Administração e Planejamento na Área de Saúde Coletiva (maiores detalhes na pg. 3).

Caberá à instituição organizadora a concepção da reunião, definição do temário e propostas, seleção e produção de material técnico, acompanhamento e elaboração de relatórios, podendo e devendo envolver as demais instituições participantes, na organização destes aspectos. A Secretaria Executiva da Abrasco fica responsável pela convocação, gerência administrativa da Reunião e publicação e divulgação dos relatórios.

Convênio aprimora ensino na área de saúde coletiva

A Abrasco firmou convênio com a Fundação Oswaldo Cruz para ampla colaboração no ensino da Medicina Preventiva e Social e da Saúde Pública, através do desenvolvimento de um trabalho sistemático e contínuo. Assinaram o documento os Presidentes dos dois órgãos, Benedictus Philadelpho Siqueira e Guilardo Martins Alves.

Pelo convênio, a Fiocruz vai repassar à Abrasco recursos na ordem de 360 mil dólares, que lhe foram especificamente destinados no subprojeto Apoio à Abrasco, parte do Programa de Melhoramentos do Ensino da Saúde Pública, firmado entre Manguinhos e a Fundação Kellogg e cederá espaço na Escola Nacional de Saúde Pública para que a Abrasco instale ali sua Secretaria Executiva.

América Latina debate formação de pessoal

A descentralização do processo de capacitação de pessoal para serviços de saúde foi o tema da XI Conferência da Associação Latino-Americana das Escolas de Saúde Pública, realizada em Kingston, Jamaica, em novembro de 1981.

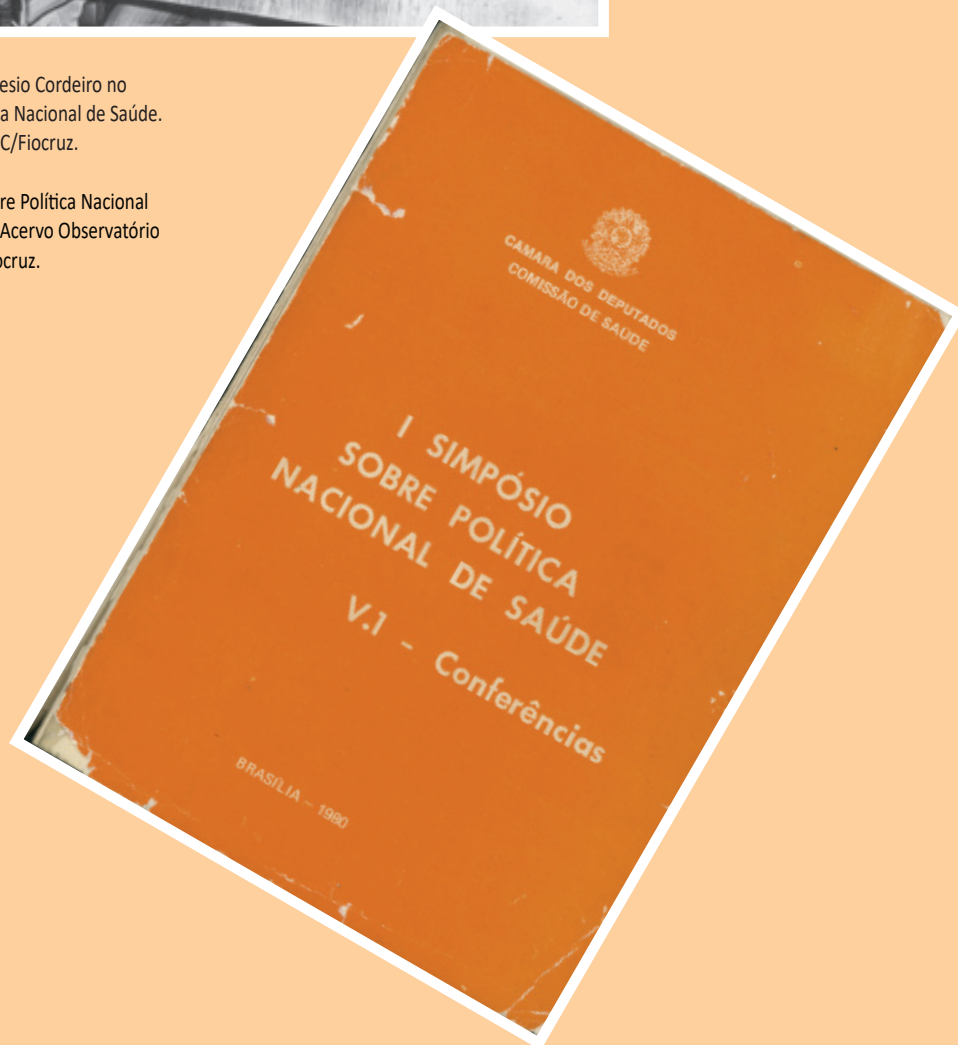
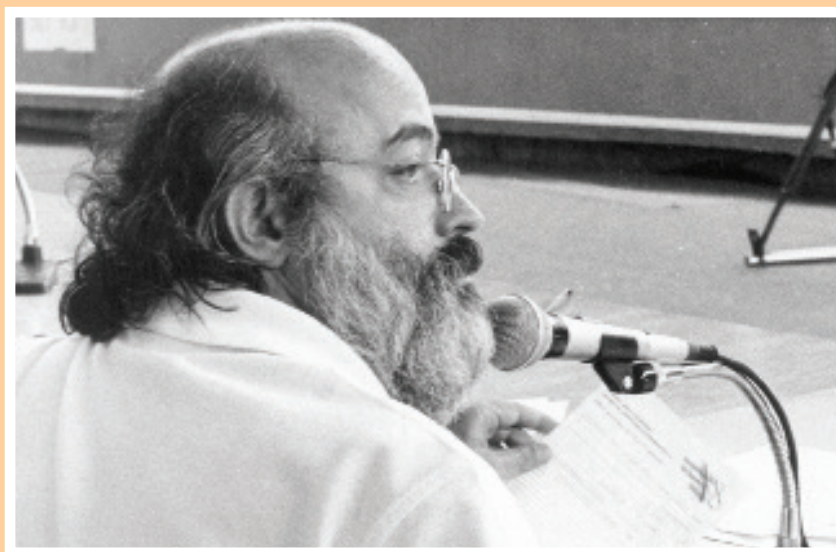
Primeira a ser organizada sob a égide de um Departamento de Medicina Preventiva — Departamento de Medicina Social e Preventiva da Universidade das Índias Ocidentais — a Conferência reuniu cerca de 60 participantes, que elegeram por aclamação o Vice-Presidente da Abrasco e diretor da ENSP, Ernani Braga, para presidir a ALAESP no período 1981-1983.

Primeiro *Boletim Abrasco*, jan./mar. 1982. Acervo Abrasco.

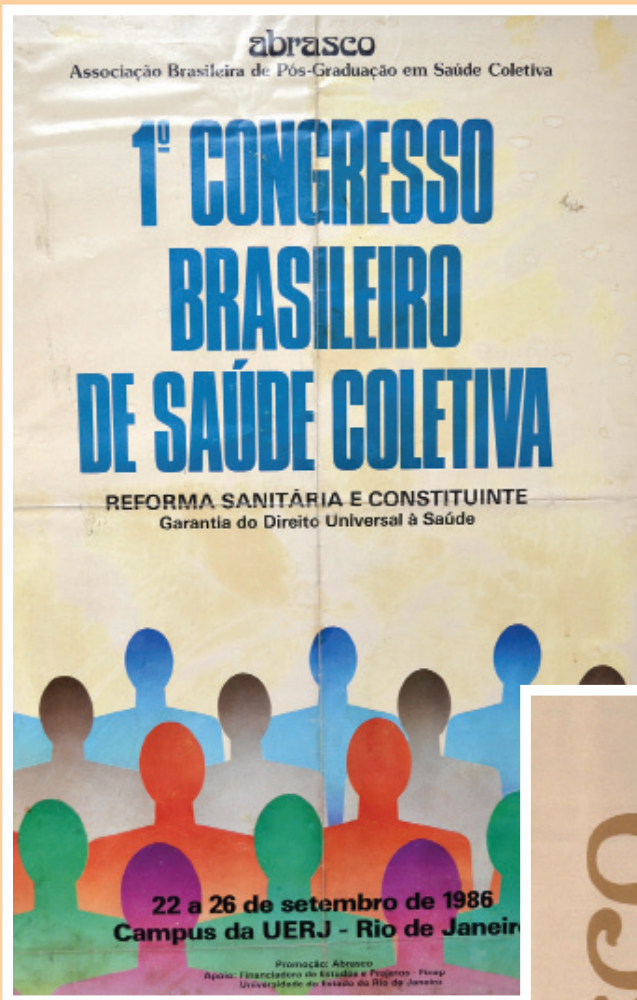
Charge alusiva ao momento político em que a Abrasco é criada. "Quebra-nós". Autor: Mayrink. *Boletim Abrasco*, n. 13, nov./dez. 1984. Acervo Abrasco.

Diretores e membros da Secretaria-Executiva (1983-1985 e 1985-1987). Da esquerda para direita: Moisés Goldbaum, José da Rocha Carvalheiro, Hebe Conceição Silva, Kathie Njaine, Maria Helena Collazos, Hesio Cordeiro, Sônia Fleury Teixeira, Tânia Celeste Matos Nunes, Sebastião Loureiro, João Carlos Canossa Mendes, Paulo Marchiori Buss e Eduardo Freese de Carvalho.
Acervo Radis/Ensp.

Inocêncio de Oliveira e Hesio Cordeiro no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Brasília, 1979. Acervo COC/Fiocruz.

Anais do 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Brasília, 1980. Acervo Observatório História e Saúde/COC/Fiocruz.

Grupo temático na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, março de 1986.
Acervo COC/Fiocruz.

Sergio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, março de 1986.
Acervo COC/Fiocruz.

Eleutério Rodriguez Neto na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, março de 1986.
Acervo COC/Fiocruz.

Cartaz do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, setembro de 1986. Acervo Abrasco.

Edição especial do *Boletim Abrasco*, n. 19, jul./set. 1986 – 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Acervo Abrasco.

abrasco

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ANO V — Nº 19 — JUL/SET 86

Declaração final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

O 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro, de 22 a 26 de setembro de 1986, com a participação de 3000 profissionais da área de saúde coletiva, oriundos dos diversos Estados, representa avanço significativo da Reforma Sanitária Brasileira:

— porque assumimos, na prática, a concepção ampla de saúde referendada na VIII Conferência Nacional de Saúde e alcançamos incorporar, ao campo da Saúde Coletiva, áreas do conhecimento imprescindíveis à plena realização do direito à saúde;

— porque fomos capazes de criar propostas técnicas que representam estratégias concretas de implementação das transformações necessárias à criação de um Sistema Único de Saúde, de caráter estatal, descentralizado e controlado pela sociedade, equânime e universalizado no atendimento integral às reais necessidades da população;

— e porque neste evento foi reafirmada a unidade de todas as forças progressistas em torno das propostas aprovadas na VIII CNS e foram construídas e fortalecidas estratégias políticas necessárias à condução correta de nossa luta pela transformação do elemento quadro sanitário e do caótico sistema de saúde com que convivemos nos dias atuais.

Nesse sentido, não basta apenas afirmar que a saúde deve ser entendida de forma ampliada como uma adição de diferentes elementos que a compõem, mas sim compreendê-la como um processo social, produto do perverso modelo de acumulação capitalista de uma sociedade estreitamente dependente do capital estrangeiro. Modelo esse que se traduz em profundas e inaceitáveis desigualdades sociais, exemplificadas nas questões da posse da terra, da forma predatória de exploração da força de trabalho, das condições de vida urbana e rural.

Essa realidade espelha-se na incidência cumulativa de doenças características do subdesenvolvimento e do desenvolvimento desordenado, que perversamente vitimam a classe trabalhadora. As políticas de saúde das últimas décadas não incorporaram o conhecimento técnico e científico disponível, capaz de sanar grande parte desses males, porque se subordinaram aos interesses capitalistas de acumulação e privatização da saúde.

O processo de redemocratização do país, em que pesem as propostas de transformações objetivando o resgate da dívida social, não logrou os esperados efeitos sobre os setores sociais. Isso porque as políticas sociais continuam sendo equacionadas a partir de critérios de eficiência econômica e como mera decorrência de investimentos do setor produtivo da economia enquanto a nossa riqueza continua a ser canalizada para o pagamento da dívida externa. Acrescente-se a isso o deliberado sucateamento do setor público, que serve como justificativa de uma falaciosa concepção de natureza intrinsecamente ineficiente desse setor.

As possibilidades de reversão desse quadro implicam na contínua mobilização e organização das forças sociais comprometidas com a luta pela implantação de uma Reforma Sanitária e pela garantia constitucional do direito à saúde como dever do Estado.

A ABRASCO se alia a todos aqueles que almejam a democratização da saúde e acredita que só através da nossa organização coletiva alcançaremos legitimar as medidas que avançam na direção da Reforma Sanitária e impedir, com a nossa vigilância constante, qualquer retrocesso no curso desse processo.

Nesse sentido, reafirmamos:

— a necessidade da continuidade no processo de mobilização social em torno da Reforma, iniciado com a VIII CNS;

— o apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que esta se legitime e ganhe força para propor as transformações que se fazem necessárias;

— o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS enquanto um passo na valorização do setor público e o decidido repúdio a medidas privatizantes como o Cheque Consulta, que representam um retrocesso inaceitável no processo democrático na saúde;

— a necessidade de construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política que viabilizará as mudanças requeridas;

— e o nosso engajamento decisivo no processo constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inserido na Nova Constituição e comprometendo desde agora os candidatos com as propostas da Reforma Sanitária.

O 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva não se encerra em si mesmo. Continuaremos mobilizados e organizados na difusão da nossa proposta para os constituintes, para os profissionais, para toda a sociedade. Utilizaremos todos os instrumentos que dispomos para aumentar nossas forças e preservar nossa vigilância crítica.

Nesse sentido, recomendamos que sejam organizados fóruns de debate e mobilização em todos cantos do país, articulando assim as representações dos trabalhadores, comunidade, instituições, partidos políticos, universidades, etc; a nível local, municipal e estadual. Desta forma, concretizaremos ainda mais a discussão sobre a Reforma Sanitária, conquistando o necessário respaldo organizativo da sociedade para a sua definitiva implantação.

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 1986

Plenária do
1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

ANAIS DO CONGRESSO

Os Anais do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, contendo os relatórios sucintos das Comunicações Coordenadas e as Moções aprovadas na Assembléia Geral da Associação, está no prelo, devendo ser enviado aos sócios da Abrasco e aos inscritos no evento durante o mês de janeiro.

2 Boletim Abrasco

Discurso de Sebastião Loureiro, no 1.º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Companheiros:

Abertura do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 22 de setembro de 1986.
Acervo Radis/Ensp.

Discurso de Sebastião Loureiro no 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Boletim Abrasco*, n. 19, jul./set. 1986.
Acervo Abrasco.

Sebastião Loureiro, Cristóvão Buarque e Hesio Cordeiro no 1º Seminário Estratégias Políticas para a Reforma Sanitária. Brasília, 22 a 23 de setembro de 1987. Acervo Radis/Ensp.

Sônia Fleury Teixeira e Eduardo Jorge no 1º Seminário Estratégias Políticas para a Reforma Sanitária. Brasília, 22 a 23 de setembro de 1987. Acervo Radis/Ensp.

Hesio Cordeiro, Sebastião Loureiro, Luiz Humberto Pinheiro, Eleutério Rodriguez Neto e Lúcia Souto no 1º Seminário Estratégias Políticas para a Reforma Sanitária. Acervo Radis/Ensp.

Hesio Cordeiro, Luiz Carlos Borges da Silveira, Raphael de Almeida Magalhães na ocasião da assinatura do convênio conhecido como Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds) entre Inamps e governos estaduais, 1987. Acervo COC/Fiocruz.

Charge alusiva à insuficiência do salário mínimo. Autor: Mayrink. *Boletim Abrasco*, n. 18, abr./jun. 1986. Acervo Abrasco.

3 Boletim Abrasco

Abrasco propõe texto sobre saúde para a constituinte

Esta proposta foi elaborada por Eleutério Rodriguez Neto, com base no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde e aprovada na Plenária Final do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), no Rio de Janeiro, de 22 a 26 de setembro de 1986, oferecendo-se como subsídio para a discussão, com vistas à Assembléia Nacional Constituinte.

Art. (1) — A atenção à saúde é um direito assegurado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer fator de discriminação, de acordo com o conhecimento científico, a tecnologia e os recursos disponíveis, com vistas a assegurar a conquista progressiva dos melhores padrões de saúde para a população.

§ 1º — O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis.

§ 2º — São consideradas ações próprias de proteção, promoção e recuperação da saúde:

I — Saneamento Ambiental
II — Controle das condições do ambiente de trabalho
III — Vigilância sanitária sobre alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano
IV — Controle das condições ambientais
V — Vigilância epidemiológica e nutricional
VI — Medidas preventivas específicas contra doenças
VII — Atenção médico-hospitalar individual
VIII — Atenção odontológica
IX — Assistência farmacêutica
X — Medidas de reabilitação e reintegração
XI — Educação para a saúde
XII — Outras pertinentes.

Art. (2) — O conjunto das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde é uma função de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização e execução.

§ 1º — O setor privado de prestação de serviços de saúde poderá ser chamado a colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público.

§ 2º — A bem da continuidade e qualidade dos serviços, o poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional de saúde.

§ 3º — É assegurada a livre organização dos serviços médico-odontológicos privados, desde que não subsidiados, subvencionados ou financiados com recurso público e obedecidas as normas técnicas e os preceitos éticos vigentes.

Art. (3) — As ações e serviços de saúde são organizados sob a conformação de um Sistema Único de Saúde com as seguintes características:

I — Integração dos serviços, com comando administrativo único em cada esfera de governo, de acordo com as ações de âmbito nacional, de âmbito estadual e de âmbito municipal.
II — Integralidade e unidade operacional das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, em termos de promoção, proteção e recuperação da saúde.
III — Descentralização político-administrativa, observado o princípio da proximidade entre a ação administrativa e o ato finalístico, assim como as autonomias estaduais e municipais.
IV — Reconhecimento da legitimidade das entidades representativas da população na formulação e controle da política e das ações de saúde em todos os níveis, com garantia de canais de acesso para essa participação.
V — Regionalização e hierarquização da rede de serviços, com adscrição da clientela aos serviços básicos de saúde.

Art. (4) — O financiamento do setor saúde será provido com recursos regulares da União, da Previdência Social, assim como dos Estados e Municípios.

§ 1º — A Previdência e Assistência Social alocará 25% da receita do Fundo de Previdência Social (FPAS) ao setor saúde.

§ 2º — A União, os Estados e os Municípios destinarão 12% de sua receita Tributária ao setor saúde.

§ 3º — A União poderá estabelecer tributos vinculados, destinados ao financiamento do setor.

§ 4º — A integração dos recursos das várias fontes se dará através de Fundos de Saúde nos níveis Federal, Estadual e Municipal administrados de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores, e por representantes dos usuários.

Art. (5) — As atribuições do poder público nos níveis Federal, Estadual e Municipal, assim como os mecanismos de coordenação, administração e financiamento do Sistema Único de Saúde serão definidos em uma Lei do Sistema Nacional de Saúde e outras leis ordinárias destinadas à normatização de aspectos específicos, especialmente aqueles que dizem respeito à articulação inter-setorial.

§ 1º — As políticas de insumos para o Setor Saúde, como de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico assim como a de recursos humanos deverão sempre se subordinar aos interesses e diretrizes da política do setor.

§ 2º — O controle estatal sobre a produção de insumos críticos do setor, como sangue, medicamentos e imunobiológicos deve ser objetivo permanentemente colimado com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. (6) — A Política Nacional de Saúde deve ser objeto de um Plano Nacional de Saúde Plurianual, consolidado, aprovado em todas as instâncias legislativas da União, dos Estados e dos Municípios.

§ Único — O Plano Nacional de Saúde deverá conter para cada período de vigência as metas, os recursos e a estratégia político-operacional para sua implementação.

Boletim Abrasco, n. 19, jul./set. 1986. Acervo Abrasco.

CONSTITUINTE

A consolidação dos avanços

ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO

Entrevista com Eleutério Rodriguez Neto.
Revista Tema, n. 11, 14 nov.1988, p. 14.
In: Coletânea Radis 20 Anos. 3. ed. Rio de Janeiro: Programa Radis/Ensp, 2010. CD-ROM.

Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte, segura exemplar da nova Constituição brasileira, 1988.
Acervo Agência Brasil.

Cartaz do 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 13º Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo, julho de 1989. Acervo Abrasco.

Adib Jatene e Eleutério Rodriguez Neto no 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. São Paulo, julho de 1989. Acervo Abrasco.

Eleutério Rodriguez Neto no 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. São Paulo, julho de 1989. Acervo Abrasco.

2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. São Paulo, julho de 1989. Da esquerda para direita: Eduardo Jorge, Seigo Tzusuki, Eleutério Rodriguez Neto, Pedro Dimitrov, Hugo Villegas e José Noronha. Acervo Abrasco.

Edição especial 10 anos do *Boletim Abrasco*, n. 34, jun./jul. 1989. Encarte do 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Acervo Abrasco.

ABRASCO 10 ANOS 1979-1989

abrasco

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANO VIII • JUN./JUL. • 1989

34

2.500 PARTICIPANTES FAZEM O SUCESSO DO CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

Foram 249 trabalhos apresentados, 4 mesas-redondas, 16 cursos, 20 livros lançados, cerca de 450 expositores e aproximadamente 2.500 participantes, entre inscritos e observadores, durante cinco movimentados dias de trabalho. Estes foram os resultados do 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 3º Congresso Paulista de Saúde Pública, o maior e o mais importante evento que a comunidade científica da área já realizou no Brasil.

Com grande participação do pessoal de serviço e entidades acadêmicas de praticamente todos os Estados brasileiros, além de alunos dos cursos de pós-graduação da área, os Congressos constituíram-se num espaço de rica troca de experiências e divulgação dos trabalhos e novos conhecimentos.

Durante a realização da Assembléia Geral da Abrasco foi eleita a nova Diretoria da Associação constituída pelo Prof. José da Silva Guedes (Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo) – Presidente; Prof. Nilson do Rosário Costa (Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ) e Profª Carmem F. Teixeira (Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia) – Vice-Presidentes e; Profª Alina M. Almeida Souza (Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília) – Tesoureira. Na mesma ocasião foram indicados o novo Secretário Executivo, Dr. Péricles Silveira da Costa e o Dr. Paulo Marchiori Buss que, após oito anos no exercício da função anterior, assumiu o cargo de Secretário Executivo Adjunto. A Faculdade de Saúde Pública da USP, o NESCO do Paraná e a Faculdade de Medicina da UFMG foram as entidades eleitas para compor o Conselho Fiscal da Associação, formado por outras instituições.

A Declaração Final do Congresso, denominada **Carta de São Paulo**, aprovada em Plenária Final, aponta para a gravidade dos problemas de saúde da população brasileira e denuncia as distorções do sistema de saúde. Defendendo um conjunto de medidas que devem ser aplicadas imediatamente para que se implante com urgência a Reforma Sanitária no país, este importante documento está reproduzido nas páginas centrais deste boletim.

abrasco

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ANO IX · SETEMBRO · 1990

40

ESPECIAL

1º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA REÚNE CIENTISTAS PARA DISCUTIR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

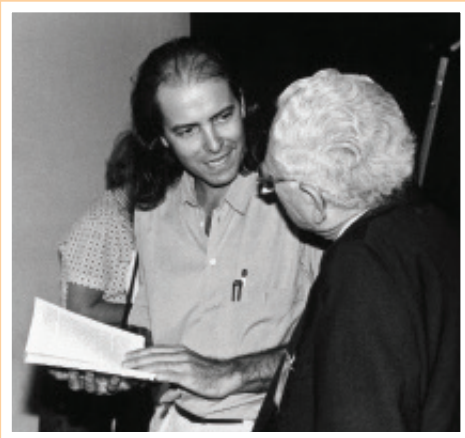
+ Congressistas no ginásio
+ Ginásio da Unicamp
+ Mesa de abertura
+ Ciclo Básico - onde foram realizados os cursos e outras atividades.

A realização do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, de 2 a 6 de setembro de 1990, em Campinas - SP, cujo tema central foi EPIDEMIOLOGIA E DESIGUALDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DO FINAL DO SÉCULO, representou o resultado de um longo trabalho desenvolvido pela Comissão de Epidemiologia da ABRASCO, constituindo-se no desdobramento de uma série de iniciativas que incluíram seminários, reuniões, cursos e publicações e que tiveram como momento privilegiado de sistematização, a elaboração do Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil.

Mapa de distribuição dos congressistas segundo Unidade da Federação, Campinas, 1990.

A área da Epidemiologia vem tendo um desenvolvimento acentuado no país, com a implantação e consolidação de cursos de pós-graduação e com uma demanda também crescente para cursos de especialização e capacitação de pessoal de serviço.

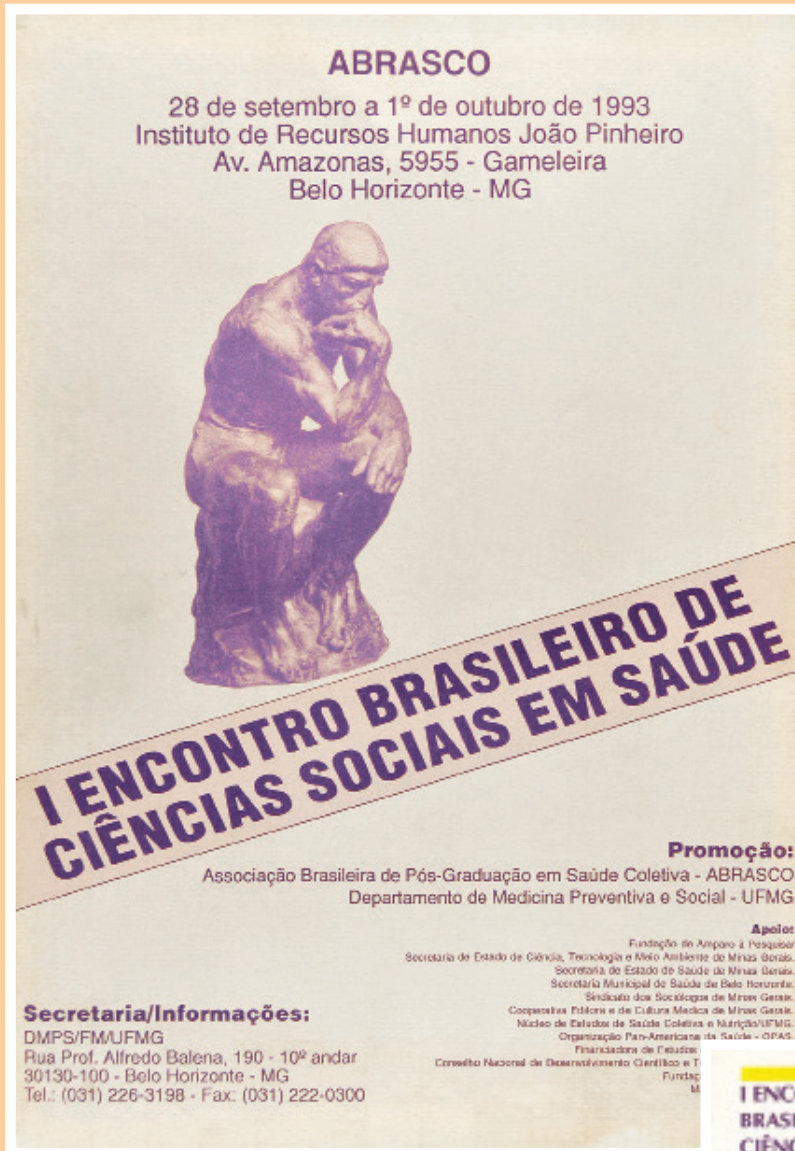
Vêm sendo desenvolvidos esforços em várias regiões do país, estruturando grupos de pesquisa, buscando aprimoramento da formação de recursos humanos e dos projetos desenvolvidos.

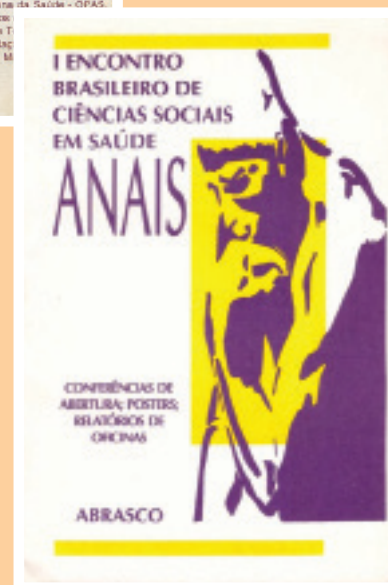
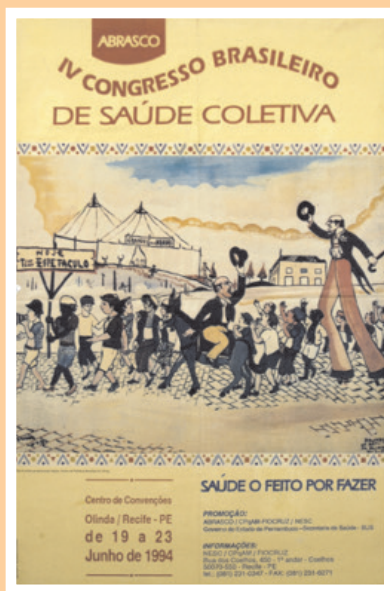
As atividades desenvolvidas pela Comissão de Epidemiologia e da Diretoria da ABRASCO somam-se a uma série de propostas que a Organização Pan-Americana da

1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Da esquerda para direita: Moisés Goldbaum, Reinaldo Guimarães, Asa Laurell e Milton Ferris. Campinas 2 a 6 de setembro de 1990. Acervo Abrasco.

1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Da esquerda para direita: Naomar Almeida Filho e Frederico Simões Barbosa. Campinas 2 a 6 de setembro de 1990. Acervo Abrasco.

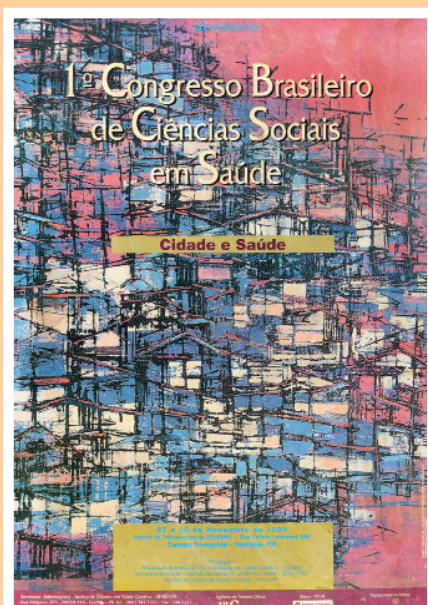
Edição especial do Boletim Abrasco, n. 40, set. 1990. Encarte do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Acervo Abrasco.

Prospecto do 3º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre, maio de 1992. Acervo Abrasco.

Carta de Porto Alegre: a saúde como direito à vida. 3º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 1º Encontro de Saúde Coletiva do Cone-Sul. Porto Alegre, 16 a 20 de maio de 1992. Acervo Abrasco.

Cartaz do 1º Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Belo Horizonte, 29 de setembro a 1 de outubro de 1993.
Acervo Abrasco.

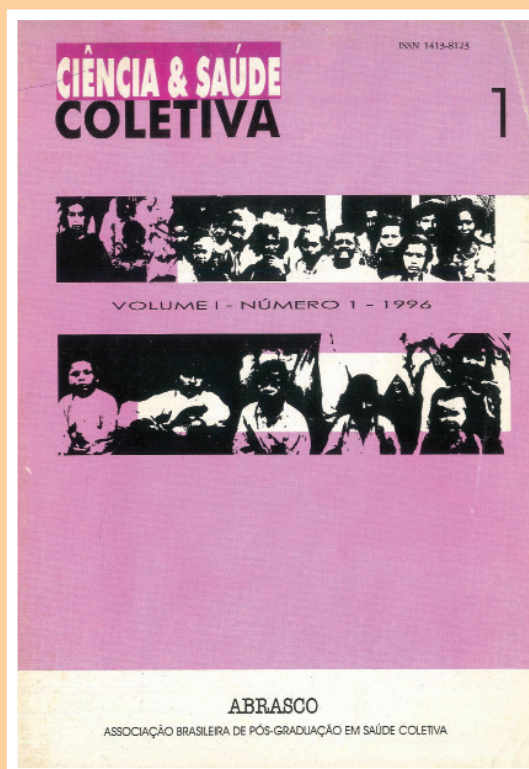
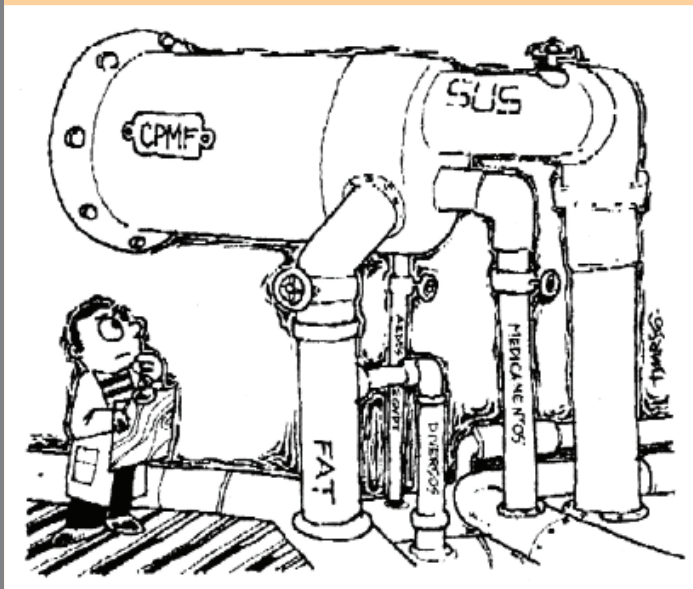
Anais do 1º Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Belo Horizonte, 29 de setembro a 1 de outubro de 1993.
Acervo Abrasco.

Cartaz do 4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Olinda, junho de 1994. Acervo Abrasco.

Arlindo Fábio Gómez de Sousa, Carlos Médici Morel, Armando Raggio, Eleutério Rodriguez Neto, Maria Urbaneja e Sebastião Loureiro na Solenidade de Abertura do 4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Olinda, jun. 1994. Acervo Abrasco.

4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Olinda, junho de 1994. Da esquerda para direita: Jairnilson Paim, Paulo Gadelha, Sergio Arouca e Adauto Araújo. Acervo Abrasco.

Cartaz do 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Curitiba, 7 a 10 de novembro de 1995. Acervo Abrasco.

Cartaz do 5º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Águas de Lindoia, 25 a 29 de agosto de 1997. Acervo Abrasco.

Primeiro número da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, 1996. Acervo Ciência & Saúde Coletiva/Abrasco.

Primeiro número da *Revista Brasileira de Epidemiologia*, abr. 1998. Acervo Revista Brasileira de Epidemiologia/Abrasco.

Charge relativa à criação da CPMF e ao financiamento do setor Saúde. Autor: Tibúrcio, *Boletim Abrasco*, 65, abr./jun. 1997. Acervo Abrasco

Charge "O SUS no ano 2000". Autor: Tibúrcio, *Boletim Abrasco*, n. 77, abr./jun. 2000. Acervo Abrasco.

Cartaz do 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, 28 e agosto a 1 de setembro de 2000. Acervo Abrasco.

Madel T. Luz no 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, 28 de agosto a 1 de setembro de 2000. Acervo Abrasco.

Jairnilson Paim no 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, 28 de agosto a 1 de setembro de 2000. Acervo Abrasco.

Cartaz do 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília, 29 julho a 2 de agosto de 2003. Acervo Abrasco.

José Noronha e Alvaro Matida no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília, 29 de julho a 2 de agosto de 2003. Acervo Abrasco.

Moisés Goldbaum no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília, 29 de julho a 2 de agosto de 2003. Acervo Abrasco.

Alvaro Matida, Lenice Costa Reis e Vera Pepe no 2º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária/1º Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária. Caldas Novas, 21 a 24 de novembro de 2004. Acervo Abrasco.

Cartaz do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública/8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, agosto de 2006.

Boletim Abrasco, n. 97, out. 2006. Edição especial do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/8º Congresso Mundial de Saúde Pública. Acervo Abrasco.

Paulo Gadelha e Hesio Cordeiro no
11º Congresso Mundial de Saúde Pública/
8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.
Rio de Janeiro, ago. 2006.
Acervo COC/Fiocruz.

11º Congresso Mundial de Saúde Pública/
8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.
Rio de Janeiro, outubro de 2006. Da esquerda para a direita: Ruiz Matos, Marcos Mandelli, Ricardo Scotti, Nelson Rodrigues dos Santos, Clara Charf, Hesio Cordeiro, José Paranaguá de Santana e Paulo Gadelha.
Acervo COC/Fiocruz.

Reunião do Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação no 10º Congresso Latino-Americano de Medicina Social. Salvador, 13 a 18 de julho de 2007. Da esquerda para direita: Rita Barata, Maria Cecília de Souza Minayo e Maurício Lima Barreto. Acervo CCI/Ensp.

Reunião do Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação no 10º Congresso Latino-Americano de Medicina Social. Salvador, 13 a 18 de julho de 2007. Acervo CCI/Ensp.

Edição comemorativa do centésimo *Boletim Abrasco*, ago. 2008. Acervo Abrasco.

ABRASCO

INFORMATIVO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANO XXV - AGOSTO DE 2008 - NÚMERO 100 - EDIÇÃO COMEMORATIVA

30 anos

ABRASCO

INFORMATIVO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANO XXVI - DEZEMBRO DE 2009 - NÚMERO 103 - EDIÇÃO ESPECIAL

Carta de Olinda

Moções Aprovadas

Menções Honrosas

Homenagens aos Centenários de Josué de Castro e Carlos Chagas

I Conferência de Saúde Ambiental

Edição Especial do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

www.saudecoletiva2009.com.br

Ronisse Franco, Jorge Guimarães, José da Rocha Carvalheiro, Reinaldo Guimarães, Eduardo Freese e Arlindo Fábio Gómez de Sousa no 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, 31 de outubro a 4 de novembro de 2009. Acervo CCI/Ensp.

9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, 31 de outubro a 4 de novembro de 2009. Acervo CCI/Ensp.

Presidente Luiz Inácio Lula da Silva discursa no 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, 31 de outubro a 4 de novembro de 2009. Acervo CCI/Ensp.

Presidente Luiz Inácio Lula da Silva é homenageado no 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, 31 de outubro a 4 de novembro de 2009. Da esquerda para a direita: José Gomes Temporão, Eduardo Campos, Paulo Gadelha e Luiz Inácio Lula da Silva. Acervo CCI/Ensp.

Edição especial do *Boletim Abrasco*, n. 103, dez. 2009 – 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Acervo Abrasco.

Eduardo Mota, Aparecida Linhares, Luiz Felipe Codina, Jorge Solla, José Gomes Temporão, Ana Luiza Viana, Luiz Augusto Facchini, Naomar Almeida Filho e José Carlos Brito no 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Salvador, agosto de 2010. Acervo CCI/Ensp.

Jairnilson Paim, Hesio Cordeiro, Luiz Augusto Facchini e José Carvalho de Noronha no 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Salvador, agosto de 2010. Acervo CCI/Ensp.

Mirta Roses, José Padilha, Luiz Augusto Facchini, Paulo Gadelha, José Gomes Temporão e Ligia Bahia no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre, novembro de 2012. Acervo CCI/Ensp.

Detalhe da Mesa de Abertura. 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre, novembro, 2012. Acervo CCI/Ensp.

Luiz Augusto Facchini, presidente da Abrasco, no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre, novembro, 2012. Acervo CCI/Ensp.

2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 1 a 3 de outubro de 2013. Luis Eugenio Portela F. de Souza, presidente da Abrasco, discursa em apoio ao Saúde +10 em manifestação realizada durante o congresso no Minascentro. Acervo CCI/Ensp.

2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 1 a 3 de outubro de 2013. Abrasco apoia o Saúde +10 em manifestação realizada durante o congresso no Minascentro. Acervo CCI/Ensp.

2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – Lígia Bahia e Mario Scheffer militam pela exoneração do presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar em caso conhecido como Elanogate. Belo Horizonte, 1 a 3 de outubro de 2013. Acervo CCI/ Ensp.

Arthur Chioro, ministro da Saúde, na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Brasília, 15 a 18 de dezembro de 2014. Acervo Conselho Nacional de Saúde.

Nas páginas seguintes:
Evento comemorativo dos 35 anos da Abrasco. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, setembro de 2014.

Foto central: equipe atual, secretários e ex-secretários-executivos da Abrasco.

1 - José Paranaguá de Santana e Rita Barata

2 - Alvaro Matida e Moisés Goldbaum

3 - Moema de Siqueira, viúva de Benedictus Philadelpho de Siqueira (1º presidente da Abrasco) e Jarbas Barbosa

4 - José da Silva Guedes

5 - Margareth Pessanha e José da Rocha Carvalheiro

6 - Paulo Gadelha

7 - Luiz Augusto Facchini

8 - Moisés Goldbaum

9 - Sebastião Loureiro

10 - José da Rocha Carvalheiro

11 - Luiz Augusto Facchini, Moisés Goldbaum, Paulo Gadelha, Sebastião Loureiro e Luis Eugenio Portela F. de Souza

12 - Arlindo Fábio Gómez de Sousa

13 - João Carlos Canossa Mendes e Paulo Gadelha

14 - Arlindo Fábio Gómez de Sousa, Hesio Cordeiro, José Carvalho de Noronha, José da Rocha Carvalheiro e José da Silva Guedes

15 - Hesio Cordeiro

16 - Hesio Cordeiro, Paulo Gadelha, Sebastião Loureiro, Luis Eugenio Portela F. de Souza, Moisés Goldbaum, José Carvalho de Noronha, Luiz Augusto Facchini, Arlindo Fábio Gómez de Sousa, José da Rocha Carvalheiro, José da Silva Guedes

17- José Carvalho de Noronha

1

2

3

4

5

6

7

17

16 15 14 13 12 11 8 9 10

18 - Felix Rigoli, Luis Eugenio Portela F. de Souza e Hermano Castro

19 - Carlos Silva e Joaquín Molina

20 - Jarbas Barbosa, Ana Paula Menezes, Luis Eugenio Portela F. de Souza, Joaquín Molina e Carlos Silva

A Abrasco em Retrospectiva[1]

- 1978 – Reunião em Ribeirão Preto (SP) patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública (Alaesp). Surge a possibilidade de criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).
- 1978 – 1º Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA). Em 27 de setembro de 1979, realiza-se, em Brasília (DF), a Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Pública, organizada pela representação da Opas no Brasil. Nessa reunião, ocorre a fundação da Abrasco.
- 1980 – A primeira diretoria cria o estatuto e realiza reuniões para definir as características essenciais da Abrasco.
- Julho/1981 – 1º Fórum Nacional sobre Residências em Medicina Preventiva e Social – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco.
- Outubro/1981 – 5º Seminário dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).
- Novembro/1981 – Seminário Nacional sobre Epidemiologia – Porto Alegre (RS) e Salvador (BA) – Promoção: Abrasco/Ensp/Ufba/Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).
- Março/1982 – Publicação do primeiro número do Boletim da Abrasco.
- 1 e 2 de abril de 1982 – 2º Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados em Saúde Coletiva – São Paulo (SP) – Promoção: Abrasco.

[1] Consideraram-se na cronologia os aspectos estritamente relacionados à história institucional da Abrasco. Foram responsáveis por sua primeira versão, publicada em Lima e Santana (2006), Cláudio Arcoverde e Cristina Maria Oliveira Fonseca. Assinam a atualização e revisão desta cronologia Carlos Henrique Assunção Paiva e Thiago Barreto.

- Julho/1982 – 1ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva – São Paulo (SP) – Promoção: Abrasco/Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
- Setembro/1982 – 1ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Administração e Planejamento na Área de Saúde Coletiva – Nova Friburgo (RJ) – Promoção: Abrasco; organização: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp.
- Abril/1983 – 3ª Reunião Nacional de Docentes de Medicina Preventiva e Social – Uberlândia (MG) – Promoção: Abrasco/Associação Brasileira de Educação Médica (Abem)/Universidade Federal de Uberlândia (UFU).
- 17 a 21 de abril de 1983 – 1º Congresso Nacional da Abrasco – São Paulo (SP) – Tema: "A política nacional de saúde".
- 1983 – Criação de comissões da Abrasco: Comissão Editorial de Ciências Sociais; Comissão Editorial de Administração e Planejamento; Comissão Editorial para o Livro-Texto de Planejamento em Saúde; Comissão de Pesquisa; Comissão Executiva do Curso de Atualização para Docentes de Ciências Sociais.
- Julho/1983 – 2º Fórum Nacional sobre Residências em Medicina Preventiva e Social – Cachoeira do Campo (MG) – Promoção: Abrasco/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- Agosto/1983 – 1ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Saúde Ocupacional – Campos do Jordão (SP) – Promoção: Abrasco.
- Setembro/1983 – Criação do Grupo Temático Ensino da Medicina Preventiva e Social nos Cursos Médicos – Londrina (PR).
- Setembro/1983 – Encontro Técnico sobre a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).
- Outubro/1983 – 6º Seminário de Avaliação dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Ensp.
- Novembro/1983 – Criação do Grupo Temático Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social – João Pessoa (PB). Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR).

- 1984 – Extinção do Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social pelo presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Aloysio de Salles Fonseca. O programa foi criado mediante convênio firmado em 1979 entre o Inamps e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo a Ensp como executora. Em novembro, a Abrasco decide reapresentar à nova diretoria do Inamps, assim que empossada, proposta de reabertura imediata do convênio.
- Janeiro/1984 – Reunião de todas as comissões editoriais da Abrasco: Administração e Planejamento, Ciências Sociais, Epidemiologia, Saúde Ocupacional.
- Março/1984 – Criação do Grupo Temático Avaliação e Propostas para os Cursos de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ).
- Maio/1984 – Assinatura do Convênio de Cooperação Técnico-Científica entre a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e a Abrasco voltado para o Programa da Saúde Coletiva (PSC).
- Junho/1984 – Criação das comissões da Abrasco: Comissão de Pesquisa; Comissão de Pesquisa; Comissão de Ciências Sociais; Comissão de Administração e Planejamento; Comissão de Saúde Ocupacional; Comissão de Epidemiologia; Comissão Executiva da 1ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia; Comissão Executiva do Seminário de Avaliação e Acompanhamento do Programa de Saúde Coletiva Finep/CNPq; Comissão Executiva do 3º Seminário Latino-Americano de Medicina Social.
- Julho/1984 – Abrasco e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) organizam a Programação da Saúde Coletiva da 36ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) – São Paulo (SP).
- Agosto/1984 – 1ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia – Nova Friburgo (RJ) – Promoção: Abrasco.
- 21 a 25 de agosto de 1984 – Seminário de Avaliação e Acompanhamento do Programa da Saúde Coletiva (PSC) – Nova Friburgo (RJ) – Promoção: Abrasco.
- 27 a 29 de agosto de 1984 – Reunião para Avaliação do Processo de Instalação das Ações Integradas de Saúde – Curitiba (PR) – Promoção: Abrasco/Cebes/Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social do Paraná.
- 8 a 10 de novembro de 1984 – Seminário A Crise e a Transição Democrática: saúde e previdência social – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Instituto dos Economistas do Rio de Janeiro/Núcleo de Estudos e Políticas Públicas – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

- 19 a 23 de novembro de 1984 – 3º Seminário Latino-Americano de Medicina Social – Ouro Preto (MG). Organização: Abrasco/Cebes/Grupo Internacional de Estudios Avanzados en Medicina Social. Criação da Associação Latino-Americana de Medicina Social.
- Julho/1985 – Encontro sobre Pesquisa em Saúde Coletiva – Ouro Preto (MG).
- Julho/1985 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde da 37ª Reunião Anual da SBPC – Belo Horizonte (MG).
- 23 de julho de 1985 – Governo convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se de 2 a 6 de dezembro de 1985.
- 1985 – Seminário Desafios em Ensino e Pesquisa na Área da Saúde Coletiva na Conjuntura de Transição. Promoção: Abrasco/Finep/CNPq/Secretaria de Ciência e Tecnologia/Ministério da Saúde/Opas.
- Janeiro a março/1986 – Abrasco constitui suas comissões: Epidemiologia; Ciências Sociais; Administração e Planejamento; Saúde e Trabalho; Nutrição; Políticas de Saúde.
- Março/1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília (DF). Temas: "Saúde como direito"; "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde"; "Financiamento setorial".
- Maio/1986 – Seminário Perspectivas da Epidemiologia Frente à Reorganização do Serviços de Saúde – Itaparica (BA).
- Julho/1986 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 38ª Reunião Anual da SBPC – Curitiba (PR).
- 20 de agosto de 1986 – Instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.
- 22 a 26 de setembro de 1986 – 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Rio de Janeiro (RJ). Tema: "Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde".
- Outubro/1986 – Seminário Informação em Saúde – Brasília (DF). Promoção: Abrasco/Ministério da Saúde/Opas.
- 9 de dezembro de 1986 – Abrasco aprova voto por correspondência.
- Junho/1987 – Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária – Cachoeira (BA).
- Junho/1987 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 39ª Reunião Anual da SBPC – Brasília (DF).
- 22 e 23 de setembro de 1987 – Seminário Estratégias Políticas para a Reforma Sanitária – Rio de Janeiro (RJ). Realização: Abrasco.

- 30 de novembro de 1987 – Criação de comissões de: Ciências Sociais; Saúde e Trabalho; Planejamento e Organização de Serviços; Ensino de Graduação; Nutrição; Epidemiologia; Política de Saúde.
- Abril/1988 – Seminário Nacional sobre Metodologia da Investigação em Serviços de Saúde. Promoção: Finep/Opas/Ensp/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nescon) – UFMG/ Abrasco.
- Maio/1988 – Seminário de Avaliação e Perspectivas dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: Ensp/Abrasco.
- Maio/1988 – Seminário Investigação em Serviços de Saúde. Promoção: Opas/Nescon – UFMG/Abrasco.
- Julho/1988 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 40ª Reunião Anual da SBPC – São Paulo (SP).
- 9 a 12 de agosto de 1988 – 2º Seminário de Avaliação e Perspectivas do Programa de Saúde Coletiva – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: Finep/CNPq/Opas/Secretaria de Ciência e Tecnologia do Mato Grosso do Sul/Inamps. Organização: Abrasco.
- 13 a 15 de setembro de 1988 – Simpósio sobre Constituinte e Lei Orgânica da Saúde – Brasília (DF).
- 6 a 7 de outubro de 1988 – Seminário A Saúde nas Eleições Municipais – Rio de Janeiro (RJ). Realização: Abrasco/IMS – Uerj
- 11 a 14 de maio de 1989 – Oficina de trabalho Estratégias para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil: elaboração de uma proposta de plano diretor. Promoção: Opas/Ministério da Saúde/CNPq. Organização: Comissão de Epidemiologia da Abrasco/ Departamento de Medicina Preventiva da Ufba.
- 3 a 7 de julho de 1989 – 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – São Paulo (SP). Tema: "Sistema Único de Saúde: uma conquista da sociedade".
- 2 a 6 de setembro de 1990 – 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Campinas (SP). Tema: "Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do século".
- Julho/1990 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 42ª Reunião Anual da SBPC – Porto Alegre (RS).
- 1991 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 43ª Reunião Anual da SBPC – Rio de Janeiro (RJ).

- 16 a 20 de maio de 1992 – 3º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 1º Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul – Porto Alegre (RS). Tema: "Saúde como direito à vida".
- 13 a 17 de julho de 1992 – 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Belo Horizonte (MG). Tema: "Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia".
- 6 a 14 de agosto de 1992 – 9ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília (DF). Tema "Municipalização é o caminho".
- 28 de setembro a 1º de outubro de 1993 – 1º Encontro Nacional de Ciências Sociais em Saúde – Belo Horizonte (MG). Realização: Abrasco.
- 1992 – Criação do Grupo Temático Saúde Mental.
- 1993 – Criação do Grupo Temático Informação em Saúde.
- 1994 – Criação do Grupo Temático Comunicação e Saúde.
- 1994 – Criação do Grupo Temático Saúde do Trabalhador.
- 1994 – Criação do Grupo Temático Recursos Humanos e Profissões.
- 19 a 23 de junho de 1994 – 4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Olinda (PE). Tema: "Saúde: o feito por fazer".
- 1995 – Criação da Comissão de Ciência e Tecnologia.
- 1995 – Criação do Grupo Temático Gênero e Saúde.
- 24 a 28 de abril de 1995 – 3º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 2º Congresso Ibero-Americano de Epidemiologia. 1º Congresso Latino-Americano de Epidemiologia. 1ª Mostra de Tecnologia em Epidemiologia – Salvador (BA). Tema: "A epidemiologia na busca da equidade em saúde".
- 7 a 10 de novembro de 1995 – 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde – Curitiba (PR). Tema: "Cidade e saúde".
- 1996 – Lançamento da revista Ciência & Saúde Coletiva.
- 2 a 8 de setembro de 1996 – 10º Conferência Nacional de Saúde – Brasília (DF). Tema: "SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida".
- 16 de dezembro de 1996 – Constituição de um grupo temático referente à participação da área da saúde coletiva nos eventos comemorativos dos quinhentos anos de Descobrimento do Brasil.

- 1º e 2 de julho de 1997 – Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Epidemiologia nos Cursos de Pós-Graduação Stricto Sensu – Ribeirão Preto (SP).
- 25 a 29 de agosto de 1997 – 5º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Águas de Lindoia (SP). Tema: "Saúde: responsabilidade do Estado contemporâneo".
- 1998 – Criação do Grupo Temático Acreditação Pedagógica.
- 28 de setembro a 1º de outubro de 1998 – 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Rio de Janeiro (RJ). Tema: "Epidemiologia em perspectiva: novos tempos, pessoas e lugares".
- 17 e 18 de setembro de 1999 – 1º Encontro Latino-Americano Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas – Rio de Janeiro (RJ).
- 19 a 22 de setembro de 1999 – 2º Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde – Rio de Janeiro (RJ). Tema: "Equidade de gênero e qualidade de vida: desafios dos novos tempos sociais".
- 7 a 10 de dezembro de 1999 – 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde – São Paulo (SP). Tema: "Ciências sociais e saúde: tendências, objetos, abordagens".
- 2000 – Criação do Grupo Temático Saúde dos Povos Indígenas.
- 2000 – Criação do Grupo Temático Promoção da Saúde.
- 28 de agosto a 1º de setembro de 2000 – 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Salvador (BA). Tema: "O sujeito na saúde coletiva". Criação do Grupo Temático Educação Popular em Saúde. Renovação do Grupo Temático Saúde do Trabalhador.
- 2001 – 11ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília (DF). Temas: "Saúde, cidadania e políticas públicas"; "Gestão e organização dos serviços de saúde"; "Controle social na saúde; "Financiamento da saúde"; "Recursos humanos para a saúde"; e " Atenção integral à saúde".
- Agosto/2001 – Criação dos Grupos Temáticos de Vigilância Sanitária e Saúde e Ambiente.
- 26 a 30 de novembro de 2001 – 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília (DF). Tema: "Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: proteger e promover a saúde constituindo cidadania". Promoção: Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde (Anvisa/MS).
- 23 a 27 de março de 2002 – 5º Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Curitiba (PR). Tema: "A epidemiologia na promoção da saúde".

- 5 e 6 de junho de 2002 – Reunião do Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Brasília (DF).
- 9 a 13 de junho de 2002 – 2º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: Fiocruz/Abrasco/Fundação Nacional de Saúde (Funasa)/Opas.
- 12 e 13 de dezembro de 2002 – Seminário de Ciências Sociais e Humanas: Desafios da Saúde e da Vida – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: Comissão de Ciências Sociais da Abrasco/Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz)/IMS/Uerj.
- 2 a 4 de dezembro de 2002 – Abrasco promove o 1º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – São Paulo (SP).
- 29 de julho a 2 de agosto de 2003 – 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Brasília (DF). Tema: "Saúde, justiça, cidadania".
- 2 de agosto de 2003 – Criação do Grupo Temático Bioética.
- Maio/2004 – Seminário Ciências Humanas e Sociais em Saúde – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: IMS/Uerj.
- 19 a 23 de junho de 2004 – 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Recife (PE). Tema: "Um olhar sobre a cidade".
- 21 a 24 de novembro de 2004 – 2º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária. 1º Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária – Caldas Novas (GO). Tema: "Vigilância sanitária, consciência e vida". Promoção: Abrasco. Apoio: Anvisa/Opas/Fiocruz/Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás/Banco do Brasil.
- 9 a 13 de julho de 2005 – 3º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Florianópolis (SC).
- 2006 – Criação do Grupo Temático Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde.
- 21 a 25 de agosto de 2006 – 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 11º Congresso Mundial de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ). Tema: "Saúde coletiva no mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas".
- 2007 – O Grupo Temático Recursos Humanos e Profissões passa a se chamar Trabalho e Educação na Saúde.
- 18 de julho de 2007 – Criação do Grupo Temático Saúde Bucal Coletiva.

- 23 e 24 de julho de 2008 – Criação do Grupo Temático Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva.
- 22 a 26 de novembro de 2008 – 4º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – Fortaleza (CE).
- 31 de outubro a 4 de novembro de 2009 – 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Recife (PE).
- 6 de abril de 2009 – 2º Encontro da Comissão dos Mestrados Profissionais (MPs) da Abrasco – Florianópolis (SC).
- 24 a 26 de agosto de 2010 – Solenidade de criação do Fórum de Coordenadores dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva da Abrasco. 1º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – Salvador (BA).
- 5 de agosto de 2010 – Criação do Grupo Temático Bioética – Rio de Janeiro.
- 13 a 17 de novembro de 2010 – 5º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – Belém (PA).
- 18 e 19 de novembro de 2010 – 1ª Reunião do Fórum de Coordenadores dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva. 5ª Reunião Nacional dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva – Brasília (DF). Promoção: Fiocruz.
- 7 da 10 de dezembro 2010 – 1º Simpósio Brasileiro de Saúde Ambiental – Belém (PA).
- 17 e 20 de abril de 2011 – 5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde – São Paulo (SP).
- 13 de novembro de 2011 – Assembleia Geral Extraordinária, realizada durante o 2º Minicongresso da Abrasco, em que foi aprovada a alteração na denominação da entidade: de Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva para Associação Brasileira de Saúde Coletiva – São Paulo (SP).
- 12 a 16 de novembro de 2011 – 8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia – São Paulo (SP).
- 27 a 30 de abril de 2012 – World Nutrition Rio 2012 – Rio de Janeiro (RJ).
- 24 a 26 de agosto 2012 – 1º Congresso Brasileiro de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde – Salvador (BA).
- 14 a 18 de novembro de 2012 – 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Porto Alegre (RS).
- 6 a 10 de dezembro de 2012 – 1º Simpósio Brasileiro de Saúde Ambiental – Belém (PA).

- 1 a 3 de outubro de 2013 – 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – Belo Horizonte (BH).
- 26 e 30 de outubro de 2013 – 6º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa) – Porto Alegre (RS).
- 13 a 17 de novembro de 2013 – 6º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Rio de Janeiro (RJ).
- 14 de novembro de 2013 – Criação do Grupo Temático Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas Complementares – Rio de Janeiro (RJ).
- 16 de novembro de 2013 – Lançamento oficial da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária – Rio de Janeiro (RJ).
- 2 a 6 de dezembro de 2013 – 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – Brasília (DF).
- 6 a 10 de maio de 2014 – Encontro Científico Formação Profissional em Saúde & Ensino da Saúde Coletiva – Porto Seguro (BA).
- 7 a 10 de setembro de 2014 – 9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Vitória (ES).
- 18 a 19 de setembro de 2014 – 1º Seminário 20 Anos de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – Rio de Janeiro (RJ).
- 27 de setembro de 2014 – Solenidade dos 35 anos da Abrasco – Brasília (DF).
- 19 a 22 de outubro de 2014 – 2º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente – Belo Horizonte (MG).
- 28 de julho a 1 de agosto de 2015 – 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Goiânia (GO).